

# Barnet og rusen

*Hvordan forebygge medfødte skader og omsorgssvikt hos barn  
av mødre med rusmiddelproblemer?*

**Lindy Andersen**



Hovedoppgave i spesialpedagogikk

Det utdanningsvitenskapelige fakultet

Institutt for spesialpedagogikk

**UNIVERSITETET I OSLO**

Våren 2007



## Sammendrag

**Tittel:** Barnet og rusen.

**Problemstilling:** Hvordan forebygge medfødte skader og omsorgssvikt hos barn av mødre med rusmiddelproblemer?

I denne hovedoppgaven er jeg opptatt av å finne ut hvordan mødres rusmiddelproblemer virker inn på det lille barnet. Hva kan gjøres for å redusere skadeomfanget rusmiddelproblemene har på barnets utviklingspotensial. Denne oppgaven handler om forebygging, altså hvordan man kan forebygge medfødte skader og omsorgssvikt for å sikre barna god nok omsorg. Jeg ønsker med denne problemstillingen å finne ut hvordan man kan forebygge i Norge. Jeg akter å belyse denne problemstillingen gjennom å knytte teori om tilknytning, tidlig innsats, samspill, foreldrefunksjoner, god omsorg, skader av rusmiddeleksponering og omsorgssvikt til hvordan man kan forebygge. Hvorfor er det viktig å intervenere i mor/barn- relasjonen på et tidlig tidspunkt?

**Metode:** Min oppgave er en kildestudie, siden jeg søker kunnskap gjennom tekster som allerede er skrevet. Jeg har forsøkt å gi et svar på problemstillingen gjennom å trekke frem kjente teoretikere og forskningsinstitusjoners kunnskaper om emnet, for så å se om det er visse kategorier eller temaer som gjentas. Jeg har da forsøkt å analysere mine funn i kildematerialet, for å se om det er noen områder i mine kilder som fremheves som spesielt viktige i arbeidet med å forebygge medfødte skader og omsorgssvikt hos barn av mødre med rusmiddelproblemer. ved å studere kilder på dette tema, kan man komme fram til visse prinsipielle fellestrekk.

**Konklusjoner:** Gjennom studien og analysen av det utvalgte kildemateriale vil jeg si at det synes å være betydningsfullt for det lille barnets utvikling å sette i gang tiltak på et så tidlig tidspunkt som mulig. *Tidlig innsats* er essensielt for å kunne motvirke medfødte skader av ruseksponering. Videre vil det å utvikle gode *foreldrefunksjoner*, *tilknytning* og *samspill* mellom mor og barn bidra til å gi barn av mødre med

rusmiddelproblemer en god nok omsorg. Disse områdene er derfor avgjørende for å gi barn av mødre med rusmiddelproblemer en mulighet til å få *god nok omsorg* og derigjennom redusere faren for at de utsettes for ulike former for *omsorgssvikt*.

Forebyggende arbeid i disse familiene vil gi foreldrene muligheter til å utvikle seg til gode nok foreldre og dermed gi barna god nok omsorg, men for at man skal kunne hjelpe disse barna og deres mødre må man også gjennomføre en kartlegging/utredning. Dette er avgjørende for å kunne gi de den rette hjelpen og sette inn hensiktsmessige tiltak. *Kartleggingsverktøy* må dermed innarbeides i de ulike instansene som arbeider med disse barna og deres mødre. I denne sammenheng vil det være viktig med et *tverrfaglig samarbeid*, siden barna og deres familier vil trenge hjelp fra mange ulike instanser i hjelpeapparatet. I tillegg er det forebyggende arbeidet betinget av at man har en *oppfølging over tid* for å lykkes, siden hjelpebehovet vil kunne endre seg over tid og dermed også hva slags tiltak man må sette inn.

## Forord

Arbeidet med denne hovedoppgaven har tatt mye lenger tid enn det jeg i utgangspunktet hadde planlagt og ønsket. Jeg fikk barn og har hatt permisjon fra studiene i over ett år. Dette førte til at jeg hadde vanskeligheter med å komme i gang med forskningen igjen. I tillegg til dette ble min veileder Anne Sagbakken dessverre syk og gikk bort. Jeg vil takke henne for de gode samtalene vi hadde, den hjelp og støtte hun ga og ikke minst hennes brennende engasjement for de sårbare barna.

Takk til Berit Rognhaug, som stilte opp og påtok seg den videre veiledningen. Hun rådet meg til å skifte min opprinnelige problemstilling siden jeg ville få vansker med å innhente samtykke til å bruke journaler og få godkjenning fra NSD. Jeg hadde da kommet langt i min skriveprosess og dette ble et tilbakeslag. Motivasjonen og arbeidslysten forsvant, som førte til at jeg måtte jobbe hardt med meg selv for å gå i gang med skrivingen igjen. Jeg måtte så å si begynne på en ny hovedoppgave, så prosessen frem til ferdig hovedoppgave har vært lang og hard.

Dette har vært en svært tøff periode, men en svært lærerik tid både faglig og ikke minst personlig. Jeg vil takke min samboer Vegar for god hjelp og motivasjon underveis. Og ikke minst vil jeg takke mine foreldre for at de har ”trodd på” meg, passet min sønn Jesper og ikke minst hjulpet meg økonomisk. Uten deres hjelp og støtte hadde jeg aldri kunnet skrevet ferdig denne hovedoppgaven, så tusen takk!

Sarpsborg 16.03.2007

Lindy Andersen



# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>3</b>
<b>FORORD .....</b>	<b>5</b>
<b>INNHALDSFORTEGNELSE .....</b>	<b>7</b>
<b>1. BAKGRUNN OG PRESENTASJON AV TEMA.....</b>	<b>11</b>
<b>2. METODE .....</b>	<b>20</b>
2.1 KILDESTUDIER: .....	20
2.2 HERMENEUTIKK: .....	25
2.3 KVALITETSVURDERING AV FORSKNING.....	27
2.4 HVORDAN JEG GIKK FRAM .....	28
<b>3. BARNEVERNET OG SOSIAL- OG HELSETJENESTEN.....</b>	<b>36</b>
3.1 LOV OM BARNEVERNTJENESTER AV 1992.....	36
3.1.1 <i>Gangen i en barnevernssak</i> .....	38
3.1.2 <i>Fylkesnemnda</i> .....	39
3.2 LOV OM SOSIALE TJENESTER .....	40
<b>4. RISIKOFAKTORER HOS DET LILLE BARNET OG DERES FAMILIE.....</b>	<b>47</b>
4.1 HVORDAN VIRKER MØDRENE RUSMIDDELPROBLEMER INN PÅ BARNET? .....	48
4.2 DET RUSEKSPONERTE BARNET .....	49
4.2.1 <i>Hvor mange barn rusekspones og hvordan går det med dem?</i> .....	54
<b>5. HVA ER GOD NOK OMSORG FOR ET BARN? .....</b>	<b>56</b>
5.1 FORELDREFUNKSJONER.....	56
5.1.1 <i>Foreldrenes evne til å se sitt barn slik det er og akseptere det</i> .....	57

---

5.1.2	<i>Foreldrenes evne til å opprettholde sitt positivt følelsesmessige engasjement i sitt barn .....</i>	58
5.1.3	<i>Foreldrenes evne til innlevelse med barnet.....</i>	59
5.1.4	<i>Foreldrenes evne til å prioritere barnets utviklingsmessige behov.....</i>	59
5.1.5	<i>Foreldrenes evne til å sette realistiske forventninger til sitt barn.....</i>	59
5.1.6	<i>Foreldrenes evner til å beskytte barnet.....</i>	60
5.2	SAMSPILL OG TILKNYTNING I FAMILIER MED RUSMIDDELPROBLEMER .....	62
<b>6.</b>	<b>OMSORGSSVIKT I FAMILIER MED RUSMIDDELPROBLEMER .....</b>	<b>65</b>
6.1	ULIKE FORMER FOR OMSORGSSVIKT .....	67
6.1.1	<i>Vanskjøtsel .....</i>	67
6.1.2	<i>Psykiske overgrep.....</i>	69
6.1.3	<i>Fysiske overgrep .....</i>	71
6.1.4	<i>Seksuelle overgrep .....</i>	73
6.1.5	<i>Samfunnets omsorgssvikt .....</i>	74
6.1.6	<i>Omsorgssvikt i fosterlivet.....</i>	75
6.2	BARNETS REAKSJONSMÅTER I OMSORGSSVIKTSITUASJONER .....	76
6.2.1	<i>Egenskaper ved barnet.....</i>	76
6.2.2	<i>Barnets reaksjoner, bearbeidelse, mestring og overlevelsesstrategier.....</i>	78
6.2.3	<i>Hvilket hjelpebehov har disse barna og hvordan rekruttere dem? .....</i>	79
<b>7.</b>	<b>ALINE BARNEVERNSENTER .....</b>	<b>83</b>
7.1	FAMILIENE SOM SØKES INN PÅ ALINE BARNEVERNSENTER.....	84
7.2	IDÈGRUNNLAG OG FAGLIG TILNÆRMING.....	85
7.3	TEORIGRUNNLAG .....	85
7.4	METODER I UTREDNINGSARBEIDET .....	87



---

7.4.1	<i>Kartleggingsverktøy</i> .....	88
7.4.2	<i>Utredningsrapporter og vurderinger</i> .....	92
7.5	Eksempel .....	92
8.	<b>HVORDAN HJELPE BARN AV MØDRE MED RUSMIDDELPROBLEMER? .....</b>	<b>100</b>
9.	<b>AVSLUTNING</b> .....	<b>112</b>
	<b>KILDELISTE</b> .....	<b>114</b>



## 1. Bakgrunn og presentasjon av tema

Jeg er utdannet førskolelærer, men har jobbet lite i barnehage. Min arbeidserfaring har jeg fra barnevernet i Oslo kommune. Jeg har jobbet i 9 år ved Tangen barnehjem, som har gått fra å være en akutt- og utredningsinstitusjon til en bo- og behandlingsinstitusjon. Deretter jobbet jeg ved Aline barnevernsenter<sup>1</sup> (heretter kalt Aline) på familieavdelingen, et senter som intervensjonerer tidlig i barnets liv slik at man forhåpentligvis kan forebygge skjevutvikling og omsorgssvikt. Under de årene jeg jobbet ved disse institusjonene så jeg i barnas mapper at de hadde vært under barnevernets oppsyn fra de var helt små eller var i mors mage, og at foreldrene var i belastede miljøer. Det burde vært mulig å hjelpe disse barna på et tidligere tidspunkt, da de fleste allerede hadde vært i barnevernets søkelys allerede fra før de ble født. Ved Aline har jeg sett hvor viktig det er å forebygge ved hjelp av **tidlig innsats**. Tidlig innsats vil si å gripe inn tidlig, altså det å sette inn forebyggende tiltak på et tidlig tidspunkt i barnets liv. Dette begrepet brukes i sammenhenger hvor barn har en vedvarende negativ utvikling og at man gjennom å gripe inn tidlig kan ha en positiv virkning på barnets utvikling. Hensikten med å gripe inn tidlig er å forsterke, berike og utvide de positive erfaringene barnet har med sine omsorgsgivere (Rye 1993). Rye (smst) viser til at barn som tidlig blir utsatt for negative erfaringer kan få alvorlige følger for senere utvikling. Det vil dermed si at jo tidligere man intervensjonerer jo større vil den forebyggende effekten være, så tidlig innsats er lønnsomt både menneskelig og samfunnsøkonomisk. Hansen og Jacobsen (2006) viser til nyere spedbarnsforskning, som hevder at barnets første leveår påvirker i høy grad den senere utviklingen. Det å komme tidlig inn med hjelp vil være av vesentlig betydning særlig i de tilfeller hvor mor har et rusmiddelproblem og eksponerer det ufødte barnet for rusmidler. Tidlig innsats inkluderer både forebygging og behandling. Forebyggende innsats vil si programmer beregnet på å hjelpe barn i risiko for skjevutvikling, mens behandlende

---

<sup>1</sup> Mer om Aline barnevernsenter i kapittel 7.

intervensjon vil si å arbeide med barn som allerede har utviklet vansker (Hansen og Jacobsen 2006).

Denne oppgaven vil handle om forebygging, altså hvordan forebygge for å sikre barna god nok omsorg. Forebygging deles inn i universelle, selektive og indikerte tiltak og i tillegg kommer behandling og rehabilitering (Hansen og Jacobsen 2006). Universelle tiltak er rettet mot hele befolkningsgrupper, slik som helsefremmende programmer eller screeninger. Selektive tiltak rettes mot de barn som utgjør en risikogruppe, slik som en mindre gruppe barn som viser tegn på risiko eller har en oppvekst i en risikofamilie. Indikerte tiltak retter seg mot de som kommer inn under en definert høyrisikogruppe for å utvikle en mental lidelse. Behandling dreier seg om en tidlig klinisk fase av en lidelse, mens rehabilitering handler om å redusere følgeskader eller tilblitte skader. Det er i rehabiliterende tiltak den største gruppen pasienter i spesialisthelsetjenesten befinner seg. Derfor bør det være en målsetning med tidlig innsats, slik at effektene av selektive, indikerte og behandlende tiltak kan erstatte dette arbeidet for en stor gruppe barn (Hansen og Jacobsen 2006). Barn må få de beste betingelser helt fra fosterlivet og videre i livet da barnets opplevelser de første årene av dets liv er avgjørende for dets videre utvikling. Forebyggingens mål er å sikre barn trygg tilknytning, trygge oppvekstvilkår og muliggjøre en utvikling som står i forhold til barnets ressurser. Det viser seg at et godt forelder-barn forhold er beskyttende ovenfor aktuelle og senere belastninger. Derfor må man ha kunnskap om **forelderfunksjoner, samspill og tilknytning** for å kunne forebygge. Barnets utvikling skjer da i et samspill mellom barnet og deres omsorgsgivere over tid. Utviklingsprosessen er avhengig av egenskaper ved barnet, miljøet de lever i og samspillet mellom disse, som vil si i et transaksjonsperspektiv. Hansen og Jacobsen (2006) mener at tidlig innsats ut fra nyere kunnskap innen utviklingspsykologi bygger på tre grunnpilarer og forståes best ut fra en transaksjonsmodell<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Transaksjonsmodellen viser til at interaksjonen mellom barnets egenskaper og de erfaringer miljøet gir har betydning for utviklingen (Sameroff 1995). Mer om dette også i kapittel 7.3.

De tre grunnpilarene i tidlig innsats er:

1. Kunnskap om spedbarnets kognitive og nevropsykologiske utvikling
2. Kunnskap om tilknytning
3. Kunnskap om samspill

Jeg vil nedenfor kort ta for meg disse tre grunnpilarene, slik at man får kjennskap til hvorfor tidlig innsats er viktig i arbeidet med å redusere skjevutvikling, medfødte skader og omsorgssvikt.

### *Kognitiv og nevropsykologisk utvikling:*

Utviklingen av hjernen er et resultat av gjensidig påvirkning mellom gener og miljø. Den kognitive og emosjonelle utvikling ser ut til å preges av barnets tidlige erfaringer. Hjernens strukturelle utvikling er så å si fullført før barnet blir født. Etter fødsel modnes hjernecellene og danner forbindelser (synapser) med andre hjerneceller, slik at et nettverk etableres samtidig. Nelson og Boquet (2000 i Hansen og Jacobsen 2006, s. 15) viser til at fosteret påvirkes av sitt omsorgsmiljø, slik som mors ernæringsstatus, rus- og alkoholbruk og stress. Fosterets hjerne påvirkes av erfaringer, men denne påvirkningen bør ikke bli endelig. Hjernen har evne til under hele livet å endre og tilpasse seg, dette kalles plastisitet. Derfor kan skader restitueres, men celledød på grunn av alkoholeksponering i fosterlivet er ikke mulig å kurere.

### *Tilknytning:*

Smith (2002) sier at alle mennesker har uansett alder behov for tilknytning og nære relasjoner. Barnet har fra fødselen av et særlig behov av dette. Spedbarnet vil ikke kunne overleve uten tilknytning<sup>3</sup> til en primær omsorgsgiver, og tilknytningen starter allerede under graviditeten. Ainsworth, Bell og Strayton (i Hansen og Jacobsen 2006, s. 17) definerer tilknytning som:

---

<sup>3</sup> Mer om tilknytning i kapittel 5 og 7.

---

*” Et emosjonelt bånd som dannes mellom barnet og en spesifikk annen person. Dette båndet binder dem sammen og varer over tid, og kommer til uttrykk i forskjellige former for tilknytningsatferd.”*

Omsorgspersonen fungerer som en trygg base for barnet hvis han eller hun er sensitiv og responsiv i forhold til de signaler barnet sender. Dermed kan barnet utforske omverden og danne seg en forventning, som kalles en indre arbeidsmodell av omgivelsene. Barnet opplever da at det er et trygt sted å være og at mennesker vil det vel (Hansen og Jacobsen smst).

Hansen og Jacobsen (smst) viser til at innenfor klinisk praksis og forskning opererer man med fire former for tilknytningsmønstre: trygg tilknytning og tre former for utrygg tilknytning (unnvikende, ambivalent og desorganisert). Barn med en trygg tilknytning synes å ha hatt foreldre som har forstått og reagert på barnets emosjonelle uttrykk på en konsistent og ivaretaende måte. De unnvikende barna virker som de har opplevd konsistent avvisende og lite ivaretaende foreldre. Foreldre som både trøster, avviser og innimellom innvaderer synes å få ambivalente barn. Barn med desorganisert tilknytning har som regel blitt utsatt for alvorlig omsorgsvikt eller mishandling. Disse barna er spesielt utsatte og mestrer stressede situasjoner veldig dårlig. Deres tidligere erfaringer har ikke ført til at de har utviklet gode nok mestringsstrategier. Denne formen for tilknytning predikerer i større grad enn de andre utrygge tilknytningsmønstrene for psykopatologi senere i livet (Hansen og Jacobsen smst). De hevder da at det er stor fare for at barn i risikofamilier utvikler desorganisert tilknytning. Tidlig innsats vil i disse familiene være avgjørende, siden desorganisert tilknytning har sammenheng med utvikling av psykopatologi. Trygg tilknytning virker da som en beskyttende faktor som kan redusere negative effekter av risikofaktorer.

### ***Tidlig samspill:***

Tidlig samspill vil si det møtet som finner sted mellom barnets egen kapasitet og omsorgspersonens sensitivitet (Hansen og Jacobsen 2006). Det skjer en gjensidig påvirkning over tid mellom barnet og foreldrene, med den følgen at barnets og foreldrenes atferd og forventninger endres og blir noe annet enn den ville ha blitt uten denne påvirkningen. Dermed vil man ikke kunne forstå foreldre og barn uavhengig av

hverandre, da det foregår både en interaksjon og en transaksjon mellom foreldrene og barna. Transaksjonsperspektivet kan sees på som forholdet mellom bidraget fra barnet og bidraget fra omgivelsene over tid (Hansen og Jacobsen smst).

På tross av at man vet at spedbarnet er sosialt kompetent vil det være viktig å være oppmerksom på at det er avhengig av emosjonelt tilgjengelige foreldre<sup>4</sup> for å ha en normal utvikling. Når det gjelder de sårbare barn vil små mangler i responsivitet, bekreftelse eller andre forstyrrelser i samspillet kunne, i følge Hansen og Jacobsen (smst), medføre til mer eller mindre alvorlige psykiske og utviklingsmessige forstyrrelser hvis det ikke blir satt inn korrigerende relasjonserfaringer. Det vil altså si at kvaliteten på det tidlige samspillet mellom foreldre og barn har stor innvirkning på barnets psykososiale og kognitive utvikling. I de familier hvor både barnet og foreldrene er sårbare vil risikoen for en uheldig utvikling være størst. Dermed vil det i disse tilfeller være behovet for tidlig innsats (Hansen og Jacobsen smst).

Tidlig innsats handler altså om å hjelpe foreldrene og deres barn sammen. Moe, Moe og Smith (2006) trekker frem noen generelle metodiske retningslinjer for tidlig innsats. Det dreier seg om å utvikle og gjøre båndene mellom foreldre og barn bedre i de tilfeller hvor tidlig tilknytning har vært preget av vansker. Videre er det å hjelpe foreldrene til å forstå sine barns spesielle behov og hvilke muligheter de har på det utviklingstrinnet de befinner seg på. Man må hjelpe foreldrene til å gi sine barn den utviklingsstøtte de behøver, slik at de fungerer som tilretteleggere og formidlere. Dette vil være med på å øke barnets nysgjerrighet og kreativitet. Man må derfor hjelpe foreldrene til å skape rom for barnas utfoldelse innenfor trygge grenser. Det vil si at forskjellige former for støtte og sosiale hjelpetiltak vil kunne være et middel for å begrense stress og skape rom, slik at foreldrene enklere kan lese, forstå og svare barnas behov. Det vil være av stor betydning i den tidlige innsatsen å prøve å utvikle foreldreferdighetene, siden det som har blitt beskrevet ovenfor sammenfaller med de ulike foreldrefunksjonene.

---

<sup>4</sup> Mer om foreldrefunksjoner i kapittel 5.

Forskning på foreldre-barn samspill og tilknytning<sup>5</sup> vil være med på å gi de som treffer foreldre og barn på et tidlig tidspunkt kunnskaper som kan bidra til å forebygge smertefulle forhold mellom foreldre og barn, omsorgssvikt og psykiske problemer (Killèn 2000). Det å forebygge avhenger dermed av flere samvirkende faktorer. Forebyggingen bør sikre vanskeligstilte familier gode utdanningsforhold og trygge deres sosioøkonomiske forhold. Videre handler det om rettighets- og velferdsordninger som fører til at deres krefter kan brukes på andre ting enn selvpopphevelse. I tillegg bør det gis muligheter for egenutvikling og endring, tilhørighet i samfunnslivet og relasjonell fungering. Dette vil gi familiene en mulighet til å yte god og tilstrekkelig omsorg for sine barn (Bjelland 2001). Det er derfor svært viktig å kartlegge foreldrenes kompetanse i forhold til det å være gode nok foreldre for sine barn. Utredning av foreldrekompentansen på et tidlig tidspunkt vil kanskje kunne forebygge smertefulle forhold mellom foreldre og barn, omsorgssvikt og psykiske problemer. Killèn (2000) hevder at barndommen ikke bare varer livet ut, men at den varer i generasjoner. Det vil si at det man lærer og blir utsatt for i barndommen er det vi tar med oss videre i livet, slik at foreldrenes oppvekst går i arv til deres barn. Dette kalles sosial arv og viser til at nedbrytende mønstre og samhandling gjentas i generasjoner (Bjelland 2001). Derfor er det viktig å gi foreldrene hjelp før de kommer til kort. Barn som ikke får hjelp til å bearbeide sine traumatiske opplevelser vil med stor sannsynlighet videreføre dem til sine egne barn. Men på en annen side er det ikke slik at alle foreldre som har hatt en vanskelig barndom vil utsette sine barn for det samme, men holdninger og ubearbeidede problemer føres videre (Killèn 2000). Det vil altså si at den måten foreldre responderer på sine barn kan spores tilbake til deres egen barndom. Disse foreldrene trenger derfor hjelp til å bearbeide sin barndom, men denne hjelpen må komme på et tidlig tidspunkt i deres liv. Det har vist seg at om man venter med behandling til ungdomsalder vil det, i følge en norsk etterundersøkelse av psykiatrisk behandling av ungdom, ikke gi så gode resultater som man tidligere håpet (Killèn smst). Disse resultatene vil jeg si peker på nødvendigheten av å blant annet å

---

<sup>5</sup> Mer om samspill og tilknytning i kapittel 5.



investere sterkere i tidlig forebyggende arbeid. Man vil kanskje kunne snu den negative utviklingen gjennom å veilede foreldrene, eller det kan vise seg at man er nødt til å intervenere med en omsorgsovertagelse.

Aline har lang erfaring med tidlig intervensjon og forebygging. Intervenerer man på et tidlig tidspunkt øker sannsynligheten for at en rekke familier får hjelp før problemene blir for store og dermed vanskelig å behandle. Dette vil føre til at mange familier spares for masse lidelse, foreldrene blir spart for nederlagsfølelse i forhold til foreldrerollen og barna ville kunne bruke sine ressurser på utvikling. Tidlig forebygging vil dermed være samfunnsøkonomisk, i tillegg til menneskelig lønnsomt. Det vil være svært viktig at hjelpen kommer allerede i svangerskapet. Mye kan gjøres når barnet er født, men mange barn utsettes for omsorgssvikt allerede i mors liv.

I Soria Moria – erklæringen fremgår det at alle barn skal sikres gode oppvekstvilkår. Det trekkes frem at foreldrene må gis støtte, slik at de blir gode omsorgspersoner. Det forebyggende barnevernet ønskes styrket gjennom et godt samarbeid mellom skole, barnehage og nærmiljøet. Dette skal medføre at ingen barn skal utsettes for omsorgssvikt, vold eller mobbing uten at det gripes raskt inn. Barnevernets kompetanse må styrkes, slik at det blir et mangfold av tiltak som imøtekommer den enkelte familie og barns behov for hjelp. De trekker også frem at et samarbeid mellom barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien må utvikles, slik at barn får riktig hjelp til rett tid (Soria Moria – erklæringen).

I statsbudsjettet for 2007 har det blitt bevilget 15 millioner til helse- og omsorgsdepartementet, for å benytte på tiltak ovenfor barn og unge. I St.prp.nr. 1 trekkes frem at barn av rusmiddelavhengige er en forsømt gruppe. Det påpekes at det er cirka 200000 barn som lever i familier med psykisk sykdom og rusproblemer i Norge. I denne sammenheng hevdes det at de lokale tjenestene og spesialhelsetjenestene i dag ikke har tilstrekkelig kapasitet og heller ikke er de faglig rustet til å gi denne gruppen barn en adekvat behandling. Videre fremgår det at helsetjenesten gjennom iverksettelsen av rusreformen i 2004 har fått et tydeligere ansvar både for forebygging og behandling av rusmiddelavhengige og det vises til en

økning i aktivitet og henvisninger til behandling i sektoren etter rusreformen. Det er også slik at alle de regionale helseforetakene har utarbeidet planer for rusfeltet, hvor det legges opp til en generell styrking av en tverrfaglig spesialisert behandling og da spesielt i det polikliniske tilbudet og tilbudet om avrusning. Rapporter fra Statens helsetilsyn, Riksrevisjonen, SINTEF helse og evalueringen av legemiddelassistert rehabilitering (LAR), viser til at det er mangler i det kommunale oppfølgingstilbudet til de rusmiddelavhengige. Innsatsen blir ikke satt inn tidlig nok og effekten av behandling i spesialisthelsetjenesten utnyttes ikke godt nok. Regjeringens mål for 2007 er: heve kvaliteten og kompetansen på rusfeltet, bidra til et mer tilgjengelig tjenestetilbud, bedre samhandling, sikre brukerinnflytelse og en bedre ivaretagelse av pårørende. Regjeringen trekker også frem at de ønsker å styrke tilbudet til unge rusmiddelmisbrukere og da også innsatsen ovenfor barn av rusmiddelmisbrukende foreldre. I den forbindelse hevdes det at mye kan tyde på at barn som vokser opp i familier hvor rusmiddelproblemer preger deres hverdag har selv en forhøyet risiko for å utvikle rusmiddelproblemer. Mange av disse barna får ikke alltid den nødvendige hjelp og oppfølging, slik at i forbindelse med regjeringens handlingsplan mot fattigdom ønsker de altså å bevilge 15 mill. kroner på en satsning rettet mot å utvikle og implementere tiltak for disse barnegruppene. Tiltakene vil bestå i fagutvikling, forskning og kompetanseheving samt å støtte frivillige organisasjoner sitt engasjement innenfor dette området (St.prp.nr. 1).

Jeg har på grunnlag av disse teoriene og min praktiske erfaring kommet frem til følgende problemstilling:

**Hvordan kan man forebygge medfødte skader og omsorgsvikt hos barn av mødre med rusmiddelproblemer?**

Jeg vil først og fremst ha fokus på ruseksponering under graviditeten, tidlig spedbarnsalder og morsrollen. Jeg ønsker med denne problemstillingen å finne ut om

hvordan man forebygger i Norge. Derfor vil jeg ta for meg det norske lovverket og rusproblematikken her i landet. Det vil da være av interesse å se nærmere på hvilke forebyggingsmetoder og behandlingsformer som benyttes og hvordan hjelpeapparatet fungerer her i Norge. Jeg velger å avgrense denne oppgaven til å primært omhandle norske forhold og de metoder som benyttes her i landet<sup>6</sup>. Rusmiddelproblemer er et relativt begrep, som Killèn og Olofsson (2003, s. 9) definerer på følgende måte:

*”Rusmiddelproblemer betegner det samlede problemkomplekset som knytter seg til skadelig bruk og avhengighet av rusmidler”*

Det vil si at å avgjøre hva som er misbruk av alkohol, legemiddel eller illegale stoffer avhenger av hvem som definerer og avgrenser om bruken er sosialt akseptabel eller et misbruk. Jeg velger i tillegg å definere rusmiddelproblemer i et familieperspektiv (Hansen 1990). Mitt fokus vil da være på hvordan inntak av rusmidler virker inn på de oppgaver og funksjoner familien skal ivareta, som inkluderer rusmiddelproblemenes negative innvirkning på relasjonen i familien.

---

<sup>6</sup> Jeg gjør nærmere rede for mine begrunnelser og avgrensninger i kapittel 2, under Metode.

## 2. Metode

Forskning er et faglig kvalitetsarbeid, som har som mål å etterprøve og fornye kunnskap (Befring 2002). Å oppdage, beskrive, analysere, dokumentere og forklare er sentrale stikkord i dette arbeidet. Det vil altså si at man gjennom forskning vil finne frem til kunnskaper som belyser en sak på en slik måte at man forstår den bedre. Man vil da forsøke å få en forståelse av virkeligheten, men hva er så virkeligheten og hvordan kan forskningen frambringe viten om denne? Det finnes ulike metoder for å frambringe denne viten og kunnskap. Metoden er et redskap som hjelper oss til å samle inn de data vi behøver for å få en forståelse av den virkeligheten vi ønsker å forske på. *"Metode er en fremgangsmåte for å bringe frem kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare"* (Dalland, 1997, s. 14).

Problemstillingen vil være det som legger føringer for valg av design og metode. En problemstilling kan oftest besvares på mange ulike måter og derfor må man gjøre noen valg. Disse valgene vil jeg gjøre rede for i dette kapitlet. Men først vil jeg redegjøre for kildestudier og hermeneutikk, som er de metodene jeg har benyttet meg av. Deretter vil jeg fortelle hvordan jeg gikk frem i min studie.

### 2.1 Kildestudier:

Kildestudier dreier seg om å granske kilder for å bringe frem kunnskap. Kjeldstadli (1999) sier at kildegranskning krever at vi tolker kilden, som oftest vil det si å forstå språklige utsagn. Teksttolkning betegnes ifølge han som en kvalitativ tilnærming til forskning. Når man benytter seg av kvalitative teknikker søker man å finne ut om noe fantes, hva noe var og representerte. Disse teknikkene benyttes ofte sammen med en hermeneutisk tilnærming, hvor man ønsker å tolke meninger, og benytter et intensivt forskningsopplegg hvor man går nokså dypt ned i noen eksempler. I den kvalitative

enkeltstudien mener Kjeldstadli (smst) at man kommer frem til fruktbare spørsmål og nye kategorier som man kan benytte seg av i analysen.

Levninger er ifølge Kjeldstadli (smst) alt som overleveres fra fortiden. Når disse levningene blir tatt i bruk for å svare på spørsmål, slik som en problemstilling i en hovedoppgave, så får de betegnelsen kilder. Begrepet kilde blir dermed funksjonelt ved at man for det første må gjøre noen valg ut fra massen av levninger, for å velge hva man vil benytte som kilder. I tillegg er det problemstillingen vår som bestemmer hva man kan og vil benytte som sine kilder. Problemstillingen legger altså føringene for vårt søk i mengden av kilder. I den sammenheng trekker Kjeldstadli (smst) frem kildekritikk. Dette betegner han som noen håndverksregler for hvordan kilder skal behandles, slik at den informasjonen kilden gir ikke forvrir. Disse reglene betegner han som sunn fornuft som er systematisert. Men kildekritikk er, ifølge Kjeldstadli (smst), ikke den beste betegnelsen siden man ikke kritiserer kilden i største allmennhet. Det man gjør er å granske kilden for å se hva man kan finne i den, slik at kildegranskning vil være en bedre benevnelse.

Kildegranskningen består ifølge Kjeldstadli (smst) av fire områder:

1. Hvilke kilder har vi for å belyse et spørsmål? Her er det snakk om å finne kilder som er representative. Idealet er å fullstendig kartlegge de kildene som kan gi svar på vår problemstilling. Dette var ifølge Kjeldstadli (smst) mulig i eldre historie, men i nyere tid er oppgaven en helt annen. Nå er det snakk om å finne den beste kilden, som raskest gir tilstrekkelig informasjon.
2. Hva er de kildene vi har for oss? Det er her snakk om å finne ut hvor kildene kommer fra, altså deres opphav og hvilket formål kildene har. Dette går under betegnelsen ”ytre kildekritikk”.
3. Hva står i kildene? Det er her snakk om å se på innholdet i kildene, altså tolke dem. Det vil si at man sammenfatter kilden og gjengir meningen med egne ord. Det er slik at all tekst er kommunikasjon, som fører til at både sender og mottaker former meningen med teksten. Dette fører til at man ikke kan la et

sitat stå alene, siden leseren har krav på hva forskeren mener. Det er slik at den framstillingen vi gir av en kilde hviler på en tolkning av den.

4. Hva kan kildene brukes til? Her skal man se på hvilken relevans kildene har for problemstillingen, men hovedspørsmålet er hvor troverdige opplysningene i kildene er. Dette går under betegnelsen ”indre kildekritikk”. Det er her snakk om å avgjøre om kilden er ekte. Det å vurdere en kildes troverdighet bygger på forståelsen av kildens funksjon.

Ut fra dette kan man se at arbeidet med kildegranskning vil være svært ulikt, siden arbeidet bestemmes ut fra antallet eller størrelsen på kildematerialet. I de tilfeller hvor man har få kilder vil man foreta en grundig granskning av hver kilde, men i store materialer vil man foreta en vurdering. Det man prøver å gjøre i begge tilfellene er å korrigere for feilkilder (Kjeldstadli smst).

Kjeldstadli (smst) skjelner mellom litteratur og kilder. Kilder betegnes som spor fra fortiden, for å gi en historisk fremstilling. Litteratur er andres fremstillinger og derfor ikke spor. Men han mener at litteratur også benyttes som kilde ved at man benytter kilden for å finne ut hvordan forfattere tenker. Derfor vil jeg si at den litteratur jeg har benyttet i min oppgave er kilder, siden jeg vil se på hvordan andre fagpersoner tenker rundt min problemstilling. Det jeg har gjort er å ta for meg fremstillinger skrevet av andre forskere/forfattere for å besvare min problemstilling. Jeg har da forsøkt å finne ut hva som er tenkt rundt mitt emne og analysere dette materialet for å besvare min problemstilling på best mulig måte. Hensikten med problemstillingen er å finne ut hva som gjøres i forhold til barn av mødre med rusmiddelproblemer og hvordan man kan forebygge omsorgsvikt og medfødte skader. Når jeg hadde funnet ut hva litteraturen på området sa om dette kunne jeg ut fra disse fremstillingene analysere meg frem til hva som kan være gode metoder for å forebygge medfødte skader og omsorgsvikt.

Kilder kan være normative, som kan være vurderende og si noe om hvordan ting skal eller bør være (Kjeldstadli smst). Det kan være en lov eller partiprogram, som sier noe om hva som er rett og hvordan framtiden bør bli. Kilder kan også i følge Kjeldstadli

(smst) være beskrivende, som vil si at de sier noe om det som har vært, hva som er eller hvordan det kan komme til å bli. Når vi bruker spor fra fortiden som en kilde, så vil vi som forskere trekke slutninger om hvordan noe er, har vært eller hvordan fremtiden kan bli på grunnlag av hva kilden formidler.

Det finnes mange kilder som påstår noe om omverdenen, men går det an å benytte disse kildene til noe annet enn å beskrive opphavet? Kan man benytte disse kildene til beretninger, som sier noe om det som var eller skjedde før eller utenfor situasjonen kilden selv var del av? Det er her snakk om når man kan vurdere om kildenes påstander er en beskrivelse av virkeligheten. Kriteriene er ifølge Kjeldstadli (smst) at kildene må være skapt av mennesker, beskrivende (ikke normative) og handle om fortiden. Bruker vi fremstillingen som en levning etter en spesiell situasjon, så vil det være vi som trekker slutninger om hvordan noe var. Bruker vi derimot kilden som en beretning vil den brukes som om vi leser en eldre kollega. Dette medfører at våre slutninger bygger på denne kollegaens muligheter, evner og vilje til å gi en riktig beskrivelse av virkeligheten. I disse tilfellene vil kollegaens feiltolkninger bli våre. Beretninger er altså ikke alltid sanne, siden kollegaen kan ta feil. Kildegranskningen vil derfor forsøke å finne ut om beretningen er sann eller usann. (Kjeldstadli smst).

Lover sier noe av normativ art om fremtiden, slik som hva lovgiverne mener bør være rett. I følge Kjeldstadli (smst) kan man ikke ut fra dette slutte noe om hvordan det var, som å si noe om menneskene har oppført seg i overensstemmelse med normene.

Dermed sier han at man ikke uten videre kan benytte disse som beretning av hvordan noe var. Men det kan i normative tekster finnes beskrivende komponenter hvor tekstens kontekst kommer til syne. Det vil si at det kan forekomme både elementer av levninger og beretninger og også utsagn av normativ art og beskrivende utsagn i den samme kilden.

Det er også viktig å ta i betraktning fortellerens forhold til det som fortelles, så spørsmålet er om det er en førstehåndskilde eller en annenhåndskilde?

Førstehåndskilde er en øyenvitnekildring. I all kommunikasjon er det jo slik at ”støy” forekommer, det vil si at det som sendes ikke alltid er det som høres. Det er jo slik at

ofte vil en beretning gå gjennom mange ledd og bearbeidinger, som for eksempel et avisreferat og offentlige meldinger. Disse er siste ledd i en lang prosess, som gjør at Kjeldstadli (smst) mener å foretrekke en samtidig førstehåndskilde på grunn av at erindringer kan by på problemer. Han vil i hvert fall foretrekke en primærkilde blant de kildene som står til rådighet, som vil si at man foretrekker kilden som ligger nærmest i tid og rom til det som skjedde.

Det er slik at man foretrekker flere kilder som sier det samme, men man kan også nøye seg med en kilde hvis ikke noe annet taler imot, hvis allmenn sannsynlighet taler for og så videre. Aller helst vil man ha kilder med motsatt tendens. Dette betyr at hvis to med motsatt utgangspunkt hevder det samme, så vil tilliten til det som fortelles styrkes. I tillegg til at man ønsker flere kilder, så vil man ha kilder som er uavhengige av hverandre (Kjeldstadli smst).

Kjeldstadli (smst) gir tre tommelfingerregler i forhold til å bedømme kvaliteten på kilden. Først er det viktig å bedømme kildens indre konsistens. Det vil være tvil om påliteligheten om det er store sprik og meningsløsheter i kilden. Det andre han trekker frem som viktig er å sette kilder oppimot hverandre. Det styrker troverdigheten hvis det er samsvar mellom flere, uavhengige kilder som er primære, nære i tid og rom som mulig. Finner man en uoverensstemmelse mellom kildene vil man ikke ønske å harmonisere dem og heller ikke avvise den ene kilden i sin helhet til fordel for den andre, men man kan ikke forsone dem siden de er motstridende. Den tredje regelen er at ingen vurdering av kilder skjer isolert, men som han sier at "*et faktum blir til et faktum innenfor en større helhet*" (Kjeldstadli smst, s. 189). Spørsmålet er om kilden er i samsvar med en større sammenheng og annen kunnskap. Avviker kilden fra det vi vet, slik som common sense, sannsynlighet, annen kunnskap om emnet og etablerte teori, så vil tilliten til kilden svekkes. Det er som sagt tidligere et ideal å ha flere og uavhengige førstehåndskilder eller primærkilder. Men det er jo slik at egenskaper ved kilden trekker i ulik retning med hensyn til troverdighet. Og da blir spørsmålet hva som er mest troverdig? Er det en erklæring fra flere som ikke var tilstede eller ett



øyenvitneutsagn? Det finnes ikke noe fasit for hvilke egenskaper som er verd mer enn andre. Det er slik at man må gjøre en totalvurdering fra gang til gang.

## 2.2 Hermeneutikk:

Den hermeneutiske metoden vil si en form for fortolkningskunst, hvor arbeidet med en tekst medfører økt innsyn og forståelse (Befring 2002). Det er hensiktsmessig å se på den ”hermeneutiske spiral”, som viser hvordan ny innsikt i en del blir koblet sammen med tidligere kunnskap og skaper en ny eller forbedret innsikt/forståelse. Dette svarer til det Piaget sa om hvordan menneskelig læring foregikk. Piaget hevdet at det var en interaktiv prosess mellom nye inntrykk og eksisterende kunnskap, som han betegnet som assosiasjon og akkomodasjon. Dette kan man igjen betegne som en hypotetisk-deduktiv prosess, hvor man skifter mellom innhenting av informasjon, tolkning og generalisering (Befring smst). Hermeneutisk metode er altså en systematisk metode for å søke etter den indre meningen og en helhetlig forståelse. Dette fører i følge Befring (smst) til at man må være seg bevisst de antagelser man tolker ut ifra, slik at utfordringen ligger i å forstå det som fortolkes som en del av den konteksten den befinner seg i. Dermed vil denne prosessen være en subjektiv fortolkning. I den vitenskapsteoretiske tenkningen sees hypotetisk-deduktiv og hermeneutisk tankegang på som to sider av samme sak (Befring smst).

Hermeneutikk dreier seg om forståelse. Derfor ser jeg det som fruktbart å trekke inn Wormnæs (2005), som beskriver forståelse. Han sier at forståelse oppstår på bakgrunn av en for-forståelse. Denne forforståelsen er *”en forståelsesberedskap som utløser en primærforståelse av det gitte”* (Wormnæs smst, s.2). På grunnlag av dette med-gis noe ikke-observert som fører til hvordan det forståtte blir forstått. Det vil derfor si at det forståtte er en syntese av for-forståelse, det gitte og det med-gitte. Dette blir av Wormnæs (smst) kalt en ”forståelseshorisont”. Han bemerker videre at det vi forstår kan være så forskjelligartet. Det vi med-gir til det vi forstår har mange ulike kilder og karakterer. Jeg vil her kort trekke frem de elementer Wormnæs (smst) mener bidrar til det forståtte. Han trekker for det første frem at forståelsen trer frem ved hjelp av

språket. Utformingen av vår forståelse er avhengig av om vårt språk er rikt eller fattig. Han trekker videre frem bidrag fra tid og rom, slik at uten å med-gi tid vil alt tre frem tidløst, altså "her". Logos, som vil si evne som har med logiske relasjoner å gjøre, bidrar også til hvordan vår forståelse er. Til slutt trekker han frem bidrag fra det tetiske, som vil si at vi med-gir noe som mulig, som trolig, som sikkert, som sannsynlig og så videre, for å utvikle forståelse. Det er også slik at observasjoner og data kan være teoriavhengige, som vil si at forståelsen er preget av en teoribestemt forforståelse og med-gittheter (Wormnæs smst). Det vil altså si at det jeg forstår av kildene jeg leser er påvirket av mine teoretiske kunnskaper, innsikter og oppfatninger. Det er da en teoribestemt forforståelse, observasjon og forståelse. I den forbindelse trekker han frem at det innenfor et fag kan være mange og konkurrerende teorier, slik at observatører i samme fag kan observere "det samme" forskjellig.

Når man retter seg forstående mot noe, slik som for eksempel en problemstilling, så vil forståelsen befinne seg innenfor en horisont. Det vil si at man går fra forståelseshorisont til forståelseshorisont ettersom hva man forståelsesmessig retter seg mot. Wormnæs (smst) sier at disse delhorisonter representerer en totalhorisont hvor forståelsen alt i alt befinner seg. Det vil si at det som er utenfor denne totalhorisonten er man ikke i stand til å forstå, det vil si at den enkeltes totalhorisonter har sine begrensninger. Når vi konfronteres med noe utenfor totalhorisonten vår, så vil vi enten avvise det eller omforme det til en forståelse innenfor horisonten vår. Men han påpeker også at totalhorisonter kan overskrides ved at man "ser verden" på en helt ny måte. Det kan være at noe man leser fører til at vår forståelse endres og man forstår da "det gamle" på en kvalitativ ny måte. Ifølge Wormnæs (smst) projiserer man sin forståelse ut på verden, som medfører at man gjør verden til det den er. Dette sier han fører til at den måten man forstår noe på har stor innvirkning på hvordan man forholder seg til det. Det vil si at forstår du en gravid med rusmiddelproblemer som et hjelpetrengende offer forholder man seg annerledes enn en som mener hun har seg selv og takke. Dette kan ha dramatiske utslag for hva slags hjelp man gir.

Hermeneutikk vil som virksomhet si det å komme frem til en velbegrunnet tolkning, meningsutlegning av et meningsformidlende materiale. Men som fag ser man på dette som en metodelære for tolkning og meningsutlegning. Wormnæs (smst) hevder at en tolkningsprosess begynner med at den som tolker retter seg mot et materiale og stiller følgende spørsmål: Hva formidles? Hvilket budskap gis det uttrykk for? Hvordan kan materialet forstås? Gjennom en tolkningsprosess ønsker man å gi en velbegrunnet tolkning. Tolkningen er da det språklig formulerte resultatet tolkeren kommer frem til, som i mitt tilfelle vil være denne hovedoppgaven. Begrunnelsen vil være det som taler for at denne tolkningen eller forståelsesutlegningen er riktig, rimelig og overbevisende. Den som tolker retter seg ifølge Wormnæs (smst) tolkende mot et meningsformidlende materiale, som tolkeren har spontanforstått ut fra sin forståelse.

Gadamer, hermeneutikkens fremste teoretiker på 1900-tallet, så det som svært viktig å se på hvilken rolle tolkeren selv og tolkerens tradisjon har for hvordan man tolker kilder (Fuglseth og Skogen 2006). Gadamer mente at tolkerens perspektiver og perspektivet i det kildematerialet man skal begripe må forenes med hverandre, slik at man kan skjønne hva kilden mener. Dette kalte han horisontsammensmeltning, som ikke betyr at man må være enig i innholdet i kilden, men at man skjønner det. Når man leser en tekst så oppstår det et møte mellom teksten og leseren, hvor leseren kommer frem til en overensstemmelse mellom to horisonter, mellom meninger, forestillinger og forventninger i teksten og hos leseren selv. Dette møtet går inn i den hermeneutiske spiralen, som vil si at hver gang man leser teksten utvider man hele tiden sin egen horisont i møtet med teksten. Horisont vil si den måten vi forstår verden rundt oss, altså vår før-forståelse.

## 2.3 Kvalitetsvurdering av forskning

Validitet handler om i hvilken grad de funnene man gjør i forskningen handler om det de sier de handler om. Reliabilitet dreier seg blant annet om stabiliteten og nøyaktigheten ved måling (Robson 2002). Det vil da si at disse begrepene har med

kvaliteten på forskningsprosessen å gjøre og kvaliteten på de funnene man gjør. Begrepene validitet og reliabilitet har blitt gjenstand for diskusjon, problematisering og kritikk. Disse begrepene ble utviklet innen kvantitative metode. Den kvalitative metode har en annen hensikt og mening enn den kvantitative metode, så derfor mente tilhengerne av den kvalitative metode at disse begrepene er mindre hensiktsmessige og relevante. De mente at den kvalitative forskningen måtte forholde seg til andre begreper med større relevans. Lincoln og Guba (1985) mente at validitetsbegrepet var utformet på den kvantitative forskningens premisser. Derfor må validitet i kvalitativ forskning defineres og forstås på en annen måte. Dermed presenterte Lincoln og Guba (smst) begrepene troverdighet, overførbarhet, bekreftbarhet og pålitelighet isteden. Kvale (2001) på sin side ser på validitetsbegrepet som fruktbart og relevant i en kvalitativ tilnærming. Men han legger til grunn litt andre premisser enn de tradisjonelle oppfatningene av begrepet, det vil si at han tilfører begrepet flere dimensjoner. Kvale (smst) mener at det er mange måter å vite noe på, mange sannheter, og validitetsbegrepet indikerer at det finnes en klar grenselinje mellom sannhet og usannhet. Dermed sier han at validitetsbegrepet er nyttig og relevant, for å ha en kvalitets-, holdbarhets- og sannhetsdrøfting i kvalitativ metode.

Dette tyder på at det er enighet om at det er nødvendig med en gjennomgang og synliggjøring av et forskningsprosjekts kvalitet. Det er jo slik at alle metoder har både sine svake og sterke sider, så da vil en synliggjøring og bevisstgjøring av disse svake og sterke sidene være viktig i forhold til det respektive forskningsprosjektets troverdighet og kvalitet.

## 2.4 Hvordan jeg gikk fram

Det er mitt tema og problemstilling som avgjør formen på min forskning, det vil si design og metode for denne oppgaven. Jeg vil si at min metode preges av en hermeneutisk tilnærming, med det mener jeg at jeg har søkt etter meningsinnholdet i foreliggende tekster. Dette sier Befring (2002) gjelder innenfor historieforskning og i rene teoretiske analyser uten egen empiri. Mine data har vært faglitteratur,

---

forskningsrapporter, avisartikler og lover. Dette går under betegnelsen kvalitative data, som ligger under den hermeneutiske forskningstradisjonen. Jeg har valgt en teoretisk tilnærming for min oppgave og har basert arbeidet på å studere eksisterende teori og empiri. Min oppgave kan betegnes som en kildestudie, siden jeg søker kunnskap gjennom tekster som allerede er skrevet. I følge Dalland (1997) kalles dette en litterær oppgave, siden den er bygd på kunnskaper fra bøker og andre skriftlige kilder. Det er som sagt problemstillingen som avgjør om data først og fremst bør søkes i litteraturen. Dalland (smst) sier man må avveie mellom en fremgangsmåte vi mener er mest egnet, det man har lyst til å gjøre og hva som er realistisk å få til. Jeg ønsket opprinnelig å benytte meg av journaler og intervju for å besvare min problemstilling, men etter å ha undersøkt dette nærmere med veileder viste deg seg vanskelig å få samtykke fra de berørte parter. Videre ville det i tillegg være problematisk å få godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Etter denne vurderingen kom jeg frem til at den mest realistiske metoden for å svare på problemstillingen var å benytte meg av en kildestudie. Jeg har brukt skrevne tekster og annet materiale som er ferdig i min forskning. Disse kildene er objektiverte, som vil si uttrykk jeg ikke kan endre (Fuglseth og Skogen 2006). Dette materialet har hatt en mening for de som laget det, som jeg har måttet gripe på min måte. Jeg måtte da vurdere verdien av kilden som materiale for meg, som vil si kildekritikk. I tillegg måtte jeg vurdere eller tolke innholdet i den sammenhengen jeg befinner meg i, som vil si hermeneutikk.

Det er, som skrevet tidligere, slik at denne oppgavens troverdighet og faglighet er avhengig av at kildegrunnlaget er godt beskrevet og begrunnet. Litteraturorientering er derfor den innledende fasen, hvor målet er å få et bilde av hva som allerede er skrevet om problemområdet. I letningen etter relevant litteratur kan det være en fordel å plassere problemområdet innenfor et hovedemne eller flere. Jeg fant det hensiktsmessig å søke i databaser og internett etter disse emnene: omsorg, omsorgssvikt, rusmiddelproblemer, tilknytning, tidlig innsats, samspill, ruseksponering, sårbare barn og risikogravide. Jeg studerte faglitteratur innenfor disse emnene, som ga en beskrivelse av viktige teorier og videre henvisninger til andre teoretikere innen faget. Litteraturhenvisninger i disse bøkene hjalp meg til å finne den

mest relevante litteraturen. Det er viktig i dette innledende arbeidet å være åpen for nye ideer, siden min for-forståelse kan være begrenset, men litteraturen kan bidra til å åpne for flere perspektiver på problemfeltet. Jeg benyttet meg kun av norske ord i mitt søk og dette begrenset mitt søk etter kilder. Dette innvirker også på kvaliteten av mitt arbeid ved at det begrenser mitt kildemateriale. Men jeg mener at jeg har valgt teoretikere/forfattere som er kjente i feltet og som publiseres stadig. De er aktive innenfor det feltet jeg ønsket å studere, og det de publiserer er av høy kvalitet. I tillegg ønsket jeg å finne ut hva norsk forskning viser og hva man gjør i Norge for å forebygge medfødte skader og omsorgsvikt hos barn av mødre med rusmiddelproblemer. Derfor var det viktig i mitt søk etter kilder å søke innen forskningsinstitusjoner, slik som NOVA<sup>7</sup> og SIRUS<sup>8</sup>. Disse institusjonene er ledende innen forskning på sine felt og den kompetanse de innehar er det ypperste på feltet. Jeg valgte også å se på hva Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og sosialdepartementet mener om temaet, for å se hva de politiske føringene er i Norge i dag.

Utvelgelsen av mine kilder har jeg gjort i samsvar med problemstillingen min. Fuglseth og Skogen (2006) mener at skal utvelgelsen bli god, så avhenger det av hvor godt du kjenner feltet som skal undersøkes. De mener at man må famne bredt i starten, for å bli kjent med feltet. Men i et tidsavgrenset hovedfagsarbeid sier de at det vil det være umulig å gjennomføre. Derfor må man avklare utvalget av kilder med sin veileder eller andre som kjenner feltet godt, slik at man ikke bruker lang tid på innsamling av kilder som man ikke vil ha bruk for. I mitt tilfelle kjenner jeg feltet fra egen praksis og har kontakter i fagmiljøet som har tipset meg om forskning på emnet, så ut fra dette har jeg valgt mine kilder.

Det er viktig å skille mellom førstehåndskilder og andrehåndskilder i det materialet man benytter. Fuglseth og Skogen (2006) sier at kildene er enten er preliminære,

---

<sup>7</sup> Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

<sup>8</sup> Statens institutt for rusmiddelforskning.

primære (førstehåndskilder) eller sekundære (andrehåndskilder). Preliminære kilder er midlertidige kilder som på en indirekte måte henviser deg til de sekundære og primære kildene. Dette kan være en litteraturliste, søk på internett eller veiledning fra noen som kjenner det valgte emnet godt. Det er de primære kildene som er de viktigste, siden de er helt nær det man undersøker. De sekundære kildene tolker eller omtaler de primære kildene. Det som er avgjørende er å komme så nær det som undersøkes som mulig (Fuglseth og Skogen smst). Jeg har i denne oppgaven benyttet meg av begge typer kilder og vil i teksten referere til litteraturen, slik at man som leser kan se om de er primære - eller sekundære kilder. Det er slik at forskning med ferdige kilder dreier seg om å rekonstruere det som hendte i en spesiell situasjon gjennom å forstå og forklare det. Men problemet vil være at man ikke kan vite med sikkerhet om denne informasjonen man velger er god. Fuglseth og Skogen (smst) trekker også frem at jo eldre teksten er, jo vanskeligere vil granskningen være. I tillegg kan kilder fra andre kulturer medføre større vansker enn de fra vår egen kultur. Derfor har jeg i all hovedsak valgt å benytte meg av kilder av nyere dato og fra egen kultur. Dette begrunner jeg også ut fra at søk etter litteratur bør, ifølge Befring (2002), foregå etter nærhetsprinsippet. Det vil si at man starter søkingen i det som ligger nærmest i tid og rom. Han sier at man starter med det som er publisert den siste måneden eller siste året i Norge eller Norden. Man vil da ut fra dette orientere seg videre til internasjonal forskning og bakover i tiden, siden det både kan være relevant og nødvendig å få holdepunkter i original teori og forskning. Dalland (1997) viser til at det i søk etter litteratur vil være naturlig å starte med pensum. Henvisninger i pensumlitteratur som er relevante har jeg benyttet meg av, slik pensum fra studieretningen ”Sosiale og emosjonelle vansker”.

Det å forklare noe i historisk forskning vil si å forklare hva som skjedde, hvordan og hvorfor. Kaldal (2003) sier at man må fortelle, tolke og forklare, slik at teksten blir interessant å lese. Dette medfører at man må avgrense emnet, siden man ikke kan skrive om eller forklare alt. Dette er vanskelig siden det ikke finnes noen generelle regler, så Fuglseth og Skogen (2006) trekker frem at det kan være fruktbart å få hjelp fra noen som kjenner feltet godt. Temaet for min oppgave er i utgangspunktet svært

vidt og jeg måtte avgrense dette. Dette synes jeg var vanskelig, siden det er et svært interessant tema som jeg ønsket å belyse best mulig. Jeg valgte å konsentrere meg om norske forhold og hva man gjør her i Norge. Jeg ser nå i ettertid at jeg med fordel kunne benyttet meg mer av kilder fra andre land, slik at jeg kunne analysert de norske forholdene mer grundig ved å sammenlikne med utenlandsk forskning og praksis på temaet. Men jeg vil si at jeg gjennom min avgrensning har kunnet gi en troverdig beskrivelse av hva teoretikere og fagfolk tenker og gjør i Norge for de ruseksponerte barna.

De metodiske vanskene som oppstår ved å bruke historiske kilder likner på dem man får ved bruk av spørreskjema og survey, hvor respondenten skal krysse av for hva hun tror eller mener (Fuglseth og Skogen 2006). Dette fører til at man i mange tilfeller ikke aner om informantene har svart på det du spør om og kanskje er det tvil om hva spørsmålet dreier seg om. Dermed kan man ved å bruke historiske kilder risikere bare komme frem til mer eller mindre sannsynlige resultater. I den sammenheng trekker Fuglseth og Skogen (smst) frem viktigheten av intersubjektiv kontroll, som vil si at man i diskusjon med andre forskere, veilederen din eller medstudenter kan justere dine tolkninger. Derfor er det viktig å gjøre rede for min analyse og undersøkelse, siden det i denne typen forskning ofte er avgrensede kilder. Jeg har forsøkt å gi et svar på problemstillingen gjennom å trekke frem kjente teoretikere og forskningsinstitusjoners kunnskaper om emnet, for så å se om det er visse kategorier eller temaer som gjentas. Jeg har da forsøkt å analysere mine funn i kildematerialet, for å se om det er noen områder i mine kilder som fremheves som spesielt viktige i arbeidet med å forebygge medfødte skader og omsorgssvikt hos barn av mødre med rusmiddelproblemer. Man kan komme fram til visse prinsipielle fellestrekk ved å studere historiske kilder (Fuglseth og Skogen smst). Historiske kilder brukt som forskningsmateriale har metodiske fordeler fremfor det materialet man selv frambringer, men også ulemper. Fordelen mener Fuglseth og Skogen (smst) er at man får uavhengig informasjon, mens ulempen er at det er en avgrenset informasjon og kan ikke komme i direkte samtale med opphavsmannen. Forskningsmateriale som jeg har benyttet meg av ble laget før jeg bestemte meg for å benytte de som kilder. Derfor vil de kildene jeg har valgt



befinne seg helt utenfor min kontroll. De historiske kildene må ifølge Fuglseth og Skogen (smst) derfor tolkes på en spesiell måte i lys av hva vi selv legger inn i materialet. Dermed er det viktig at man viser leseren hvordan man tolker kildene, siden man tolker all informasjon man får fra andre. Det er slik at kunnskap i følge hermeneutisk teori blir konstruert gjennom språket i et sosialt fellesskap. Ved å benytte metaforen om den hermeneutiske sirkel eller spiral, så kan man få frem vekselvirkningen mellom teksten og leseren, det objektive og det subjektive. Det vil si at det er en evig sirkel hvor vi ser kildene vi studerer i lys av forutsetninger i oss selv og omvendt. Man leser ikke kildene likt hver gang vi har vært gjennom en sirkel, men det skjer en forandring eller en forbedring jo mer man leser. I all tekstanalyse må man derfor gjøre seg bevisst sin egen før-forståelse av teksten og materialet, og dermed gå inn i den hermeneutiske spiralen med innsikt om dette og reflektere over dette i presentasjonen av resultatene.

Jeg har gjennom mitt arbeid ved Aline etablert flere kontakter som jeg har benyttet for å få tips om relevant faglitteratur. Dette vil jeg si er med på å sikre kvaliteten og relevansen av litteraturen som jeg har valgt for å belyse problemstillingen.

Min vurdering er at mitt metodevalg var hensiktsmessig i forhold til å undersøke min problemstilling. Formålet var å finne ut hvordan man kan jobbe eller faktisk jobber med å forebygge omsorgsvikt og medfødte skader hos barn av mødre med rusmiddelproblemer i Norge, så da er studier av ulike kilder en hensiktsmessig måte å få innsikt i emnet. Utfordringen i forhold til denne metoden er å finne gode og relevante kilder, slik at man unngår feilkilder. Ettersom jeg har brukt anerkjente teoretikere og forfattere som kilder og at jeg i tillegg har forhørt meg med ressurspersoner i fagmiljøet, så vil jeg si at de kildene jeg har valgt er holdbare. Denne metoden var den som i mitt tilfelle var realistisk å gjennomføre, siden jeg brukte en god del tid på å undersøke om det var mulig å bruke journalldata og intervju som min metode. Jeg ser nå i ettertid at det kunne vært hensiktsmessig å benytte seg av andre metoder i tillegg til en kildestudie for å kunne ha en metodetriangulering. Det å benytte flere metoder ville også ha vært med på å sikre kvaliteten av mine funn

ytterligere. Men i forhold til at den gruppen jeg ville undersøke, som er en utsatt og sårbar gruppe, ville det å ha direkte kontakt med dem og bruke deres historier i min oppgave medføre etiske vanskeligheter med hensyn til samtykke og anonymitet.

I forhold til min kildestudie vil jeg si at Lincoln og Guba (1985) sine begreper troverdighet, overførbarhet, bekreftbarhet og pålitelighet er de mest hensiktsmessige. Dette på grunn av at jeg i denne studien har tolket kilder og ikke utviklet noen egen empiri. Da vil både troverdighet og pålitelighet være viktig i forhold til både om de kildene jeg har valgt og om min tolkning av tekstene. Overførbarhet går på om de kilder jeg har benyttet meg av min studie kan brukes i forhold til min problemstilling. Den teori jeg har lagt til grunn for min oppgave som mulig forklaring på min problemstilling er både pålitelig og troverdig ved at det er kjente teoretikere på feltet. Hovedspørsmålet innen kildegranskningen er jo om budskapet er sannsynlig og sannferdig (Befring 2002). Ved at jeg har benyttet meg av en systematisk metode, som kildestudie er, kan man sjekke mine kilder og reproducere undersøkelsen. Denne reproduksjonen vil jeg si fører til en kontroll og muligheter for en kritisk etterprøvelse av min forskning.

Jeg akter altså å belyse denne problemstillingen gjennom å knytte teori om tilknytning, tidlig innsats, samspill, foreldrefunksjoner, god omsorg, skader av rusmiddeleksponering og omsorgsvikt til hvordan man kan forebygge og hvorfor det er så viktig å intervenere i mor/barn- relasjonen på et tidlig tidspunkt. Lov om barneverntjenester og Lov om sosiale tjenester er også relevant i forhold til denne problemstillingen, som jeg behandler først. Så vil jeg beskrive ulike risikofaktorer hos både barnet og deres familie, slik som hvordan eksponering av rusmidler virker inn på fosteret og senere barnet. Deretter vil jeg forsøke å beskrive hva god nok omsorg for et barn er og hva de ulike foreldrefunksjonene består av. I den sammenhengen vil jeg ta for meg samspillet og tilknytning i familier med rusmiddelproblemer, for så å beskrive hva slags omsorgsvikt disse barna kan utsettes for. Jeg vil så beskrive Aline barnevernsenter, for å gi et eksempel på hvordan man jobber med denne problematikken i Norge i dag. Etter dette vil jeg gå over til hvordan man kan hjelpe i

slike situasjoner, ved å beskrive hvordan man kan forebygge. En litterær oppgave trenger også eksempler, og gode eksempler fra min praksis kan være med på å utdype og illustrere de spørsmålene som tas opp i min oppgave. Gjennom eksempler kan man markere både perspektiver og holdninger (Dalland 1997). Derfor har jeg valgt å lage et eksempel bygget på erfaringer fra min praksis, som illustrerer min problemstilling.

### 3. Barnevernet og sosial- og helsetjenesten

Jeg vil i dette kapitlet ta for meg Lov om barneverntjenester og Lov om sosiale tjenester, hvor jeg ser på hvordan de tilrettelegger for vern av fosteret og det lille barnet.

#### 3.1 Lov om barneverntjenester av 1992

*”Det er i første rekke foreldrenes ansvar å ha omsorg for og å oppdra sine barn. Men foreldre kan ha behov for hjelp til å ivareta dette ansvaret i kortere eller lengre perioder, som for eksempel under en vanskelig livssituasjon. Når det oppstår slike tilfeller skal barnevernet ta ansvar og hjelpe familien. Barnevernet skal altså være en garanti for at alle barn og unge sikres omsorg, trygghet og utviklingsmuligheter. Deres oppgave er å ta vare på de mest utsatte barna ved å beskytte de mot omsorgssvikt, avverge fysisk og psykisk skade, som blir en blanding av støtte og kontroll. Hovedoppgaven vil være å gi hjelp og støtte, slik at foreldrene selv skal kunne ivareta sitt omsorgsansvar. Hjelp og støtte kan gis i form av ulike hjelpetiltak i hjemmet, som for eksempel råd og veiledning til familien, avlastningstiltak, støttekontakt og barnehageplass. Dersom hjelpetiltakene ikke er tilstrekkelige for å ivareta barnets behov, så kan det være påkrevet å plassere barnet utenfor hjemmet i en kortere eller lengre periode. Denne plasseringen kan skje både med og uten foreldrenes samtykke, men skjer det uten samtykke må det treffes et vedtak i fylkesnemnda etter forslag fra den respektive kommunen/bydel”*

(Lov om barneverntjenester av 1992)

Ansvar for å løse de lovpålagte barnevernoppgavene er lagt til de tre ulike forvaltningsnivåene: Staten (inkl. fylkesmannen), fylkeskommunen og kommunen. Staten har det overordnede ansvaret for barnevernet. § 2-3 i loven viser til at det statlige ansvaret skal dels ivaretas av departementet og fylkesmannen. Departementet vil si Barne- og likestillingsdepartementet (BLD), som har ansvar for at lover og forskrifter blir praktisert riktig og fremmer lovens formål. Departementet utarbeider derfor nødvendige retningslinjer og instruksjoner, og skal evaluere erfaringene med loven slik at det blir gjort nødvendige endringer i regelverket. Departementet skal også initiere til forskning og utarbeide informasjonsmaterieell som kan benyttes i barneverntjenesten. Fylkesmannen på sin side skal føre tilsyn med barnevernets

---

virksomhet i de respektive kommunene og fylkeskommunene, som inkluderer både private og offentlige barneverninstitusjoner. Tilsynet omfatter både en råd - og veiledningsfunksjon og en kontrollfunksjon. (NOU 2000:12). Fylkesmannen har også ansvaret for fosterhjemsformidlingen og veiledning av disse. Det kommunale barnevernet ivaretas av barnevernsadministrasjonen. Når det gjelder tvangssakene, så blir de behandlet av de statlige fylkesnemdene (Bunkholdt og Sandbæk 1998)(Lov om barneverntjenester).

Hensikten med loven er å sikre at barn og unge som lever under slike forhold at det kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid og bidrar til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår (jfr. bvl. § 1-3)(NOU 2000:12). Denne loven gjelder barn og unge under 18 år, men dersom tiltaket iverksettes innen de fyller 18 år, så kan tiltaket etter loven opprettholdes til vedkommende fyller 23 år hvis han eller hun samtykker til dette.

Loven bygger på flere sentrale deler fra barnevernloven av 1953, som for eksempel at barns problemer først og fremst skal løses gjennom hjelpetiltak. Disse hjelpetiltakene skal i hovedsak baseres på et samarbeid med familien, men fungerer ikke samarbeidet kan man pålegge tiltak. Plassering av barn utenfor hjemmet kan skje i samarbeid med familien uten at man overtar omsorgen for barnet, som kalles hjelpetiltak utenfor hjemmet. Den siste utveien vil da kunne være å frata omsorgen og foreldreansvaret fratas foreldrene (Bunkholdt og Sandbæk 1998).

I Lov om barneverntjenester legges det til grunn at det er barnets beste som skal være utgangspunktet for de beslutninger som fattes, og at barn skal sikres god og stabil voksenkontakt. Dette blir ytterligere understreket ved at det er nedfelt tre sentrale prinsipper: Det første er om rett hjelp til rett tid, det andre er det biologiske prinsipp og det siste er om å benytte det mildeste inngrepet. Tvang skal kun benyttes dersom hjelpetiltak ikke fører frem eller at de viser seg å være nytteløse. Når det gjelder det biologiske prinsippet, så er det lovens utgangspunkt at barn skal vokse opp hos sine foreldre selv om det er alvorlige mangler ved deres omsorgsevne. Hvis det på tross av dette prinsippet ikke er mulig for barnet å bo hos sine foreldre skal det tilrettelegges

for samvær. Dette prinsippet kommer også til uttrykk gjennom bestemmelsen om mildeste inngripen, ved at det ikke skal treffes mer inngripende tiltak enn nødvendig. Barneverntjenestens primære oppgave er som sagt å sikre barn og unge som lever under vanskelige forhold nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Det at barnevernet skal kunne gi rett hjelp til rett tid er avhengig av at de får melding om at barn og unge lever under vanskelige oppvekstvilkår. Derfor er det slik at offentlige myndigheter og personer med yrkesmessig taushetsplikt har opplysningsplikt til barnevernet når det er mistanke om mishandling eller alvorlig omsorgssvikt (Bunkholdt og Sandbæk smst).

### **3.1.1 Gangen i en barnevernssak**

En sak i barnevernet starter med en melding til det respektive barnevernkontoret i kommunen hvor barnet oppholder seg. Meldingen kommer ofte fra familien selv, helsestasjon, barnehagene, skolen eller nærmiljøet. Innen en uke skal barnevernet ha vurdert om meldingen skal følges opp med en undersøkelsessak eller henlegge (<http://odin.dep.no/bld/norsk/tema/barnevern/bn.html>). En undersøkelsessak blir startet hvis det er rimelig grunn til å anta at det etter barnevernloven kan iverksettes tiltak. Denne undersøkelsen kan lede til at saken blir henlagt, eller at barnevernet gir råd, veiledning og eventuelt hjelpetiltak iverksettes. De mest brukte hjelpetiltakene er støttekontakt, barnehageplass, avlastning i hjemmet og økonomisk stønad. Videre kan barnevernet formidle plasser i fosterhjem, familiesenter eller institusjon. Disse hjelpetiltakene er basert på frivillighet. Frembringer ikke disse hjelpetiltakene tilfredsstillende forhold for barnet og det fortsatt er alvorlige mangler ved den daglige omsorgen for barnet, så vil kommunen fremme forslag til fylkesnemda om omsorgsovertakelse. Fatter fylkesnemda et vedtak om omsorgsovertakelse, så vil barnet som oftest bli plassert i fosterhjem og nemnda fatter da også vedtak om samvær.

Det oppnevnes en tilsynsfører for barna og følger opp utviklingen til barna og deres foreldre nøye. Dette gjøres fordi når barnets foreldre kan gi barnet forsvarlig omsorg skal fylkesnemda oppheve vedtaket om omsorgsovertakelse. Men barnet vil ikke bli

tilbakeført hvis barnet har utviklet en slik tilknytning til fosterforeldrene og miljøet rundt at det etter en samlet vurdering vil kunne føre til alvorlige problemer for barnet å bli flyttet. (<http://odin.dep.no/bld/norsk/tema/barnevern/bn.html>).

Loven sier altså at det først må settes inn hjelpetiltak og når det ikke hjelper må det settes inn sterkere virkemidler. Det er her utredninger av familier kommer inn og man benytter da blant annet institusjoner som Aline<sup>9</sup>. Utredningsoppholdet ved for eksempel Aline vil da kunne benyttes som et hjelpetiltak i seg selv eller de vil vurdere om andre hjelpetiltak kan bidra til at barnet får den omsorgen den trenger. Viser det seg under utredningen at barnet ikke får en tilfredsstillende omsorg, så vil Aline fremme forslag om en omsorgsovertakelse. Da vil det respektive barnevernskontoret vurdere om de er enige i Aline sine vurderinger og er de enige vil de fremme saken for fylkesnemnda.

### **3.1.2 Fylkesnemnda**

Fylkesnemnda kan betegnes som halvt forvaltningsorgan og halvt domstol. Saker til fylkesnemnda etableres ved at kommunen fremmer forslag om tiltak. Fylkesnemnda er et rent avgjørelsesorgan som forutsetter at kommunen har foretatt den nødvendige faglige saksforberedelse. Partene i en fylkesnemndssak er på den ene siden den kommunen som ønsker å sette inn et barneverntiltak og på den andre siden den private part som forslaget direkte gjelder. Det er lagt opp til at både kommunen og den private part benytter advokat når saken presenteres for fylkesnemnda

(<http://odin.dep.no/bld/norsk/tema/barnevern/bn.html>).

Fylkesnemnda har selvstendig kompetanse til å overprøve de faglige og de juridiske sidene ved en barnevernssak. Prosessen i fylkesnemnda følger reglene i tvistemålsloven med muntlighetsprinsippet og bevisumiddelbarhet. Det vil si at medlemmene av nemnda vanligvis kun får lese saksdokument én time før møtet. Det

---

<sup>9</sup> som jeg vil gjøre nærmere rede for under kapittel 7.

er det som legges frem muntlig under forhandlingene som skal ha betydning for fylkesnemndas avgjørelse. Dette motvirker mulige realitetsavgjørelser før behandlingen i nemnda, men vil ikke påvirke kvaliteten av saksforberedelsene. Skal det klages på en nemnds avgjørelse gjøres det innfor en domstol. Fylkesnemndene er begrenset til de mer inngripende vedtakene som omsorgsovertakelse, samværsordninger, opphevelse av omsorg og tvangsinngrep ved alvorlige atferdsvansker (Falck og Havik 2000).

Det man kan se ut fra dette er at barnet først vil få hjelp fra barnevernet når det er født og det er sosial- og helsetjenesten som har ansvaret for mødre med rusmiddelproblemer og deres ufødte barn. Fylkesnemnda har ansvar i disse sakene også, men da på grunnlag av Lov om sosiale tjenester. Jeg vil derfor nedenfor beskrive denne loven med fokus på det ufødte barnet og deres mødre med rusmiddelproblemer.

## 3.2 Lov om sosiale tjenester

Det er sosial- og helsetjenesten som også ansvaret for det ufødte barn, som vil si at man gjennom å hjelpe mor også hjelper det ufødte barnet. Det er svært viktig å forebygge at fostre eksponeres for rusmidler, men det har vist seg å være vanskelig å oppdage disse svangerskapene. Dette kommer av at mange av de gravide med rusmiddelproblemer ikke selv er klar over at de er gravide og de som vet det vil kanskje ikke oppsøke hjelpeapparatet på grunn av frykten for å miste omsorgen for barnet. May Olofsson (overlege v/ Familieabulatoriet i København) sa, på kurs 02.10.06 i regi av Voksne for barn, at rusmiddelmisbrukere ikke benyttet det offentlige helsetjenester så ofte og derfor vil de heller ikke komme når de blir gravide. Man må derfor drive oppsøkende tjeneste og informere om hjelpetiltak og kunne gi hjelp der og da.

Formålet med Lov om sosiale tjenester (jfr. § 1-1) er for det første å fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til å øke likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. Videre skal denne loven bidra



til at den enkelte får en mulighet til å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse sammen med andre. Ser man på § 3-1 om sosialtjenestens generelle oppgaver, så vil det tydeligere komme frem at denne loven skal hjelpe de med rusmiddelproblemer og deres barn. Den sier at det er en viktig oppgave å drive forebyggende virksomhet både generelt og spesifikt rettet mot spesielt utsatte grupper. Sosialtjenesten må ha oversikt over og følge med på utviklingen på de sosiale forholdene i kommunen. De skal iverksette forebyggende tiltak på grunnlag av denne kunnskapen. Det er et spesielt fokus på rusmiddelmisbrukere, barn, eldre og funksjonshemmede (Lov om sosiale tjenester)(Andenæs 2002). I kapitlet 6 beskrives særlige tiltak ovenfor rusmisbrukere. § 6-2a om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelbrukere fremstår dermed som en forlengelse av Lov om barneverntjenesters regler som verner barnet etter fødselen. Det vil altså si at det ikke er mor som utsettes for tvangstiltak fra samfunnet, men tvangstiltaket settes inn mens barnet (fosteret) er i mors kropp. Spørsmålet i forhold til dette blir i hvilken grad kan samfunnet gripe inn ovenfor mor for å verne fosteret? I Norge er det slik at man kan legge inn gravide med rusmiddelproblemer uten at de samtykker. Norge er det eneste landet i Europa med en slik mulighet, men at både Danmark og Sverige vurderer nå også å få en slik mulighet for tvangsinnleggelse (Olofsson, kurs 02. 10. 06)

Når gravide rusmiddelmisbrukere legges inn på institusjon er det et ønske om å komme inn tidlig for å forebygge skader på fosteret og forberede mor på foreldrerollen. Innleggelse vil kunne hindre en atskillelse mellom mor og barn, siden barnet da vil få et stabilt omsorgstilbud under oppholdet. Mangelen på et slikt tilbud ville i mange tilfeller medført en atskillelse, siden barneverntjenesten ofte vil vurdere omsorgssituasjonen som marginal eller ikke tilfredsstillende utenfor institusjonens rammer (Solbakken, Lauritzen og Lund 2005).

Det å legge inn rusmisbrukere uten samtykke reguleres av sosialtjenesteloven § 6-2a, tvangsparagrafen, som trådte i kraft i 1996. Paragraf 6-2a lyder som følger:

*”Tilbakeholdelse av gravide rusmisbrukere: Det kan vedtas at gravide rusmisbrukere uten eget samtykke skal tas inn i institusjon og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet blir født med skade, og dersom hjelpetiltak etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig. Fylkesnemda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av pasienten under institusjonsoppholdet. Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen byes tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk for å bli i stand til å ta vare på barnet.”*

I § 6-2a understrekes frivilligheten som et grunnprinsipp, ved at man skal prøve ut frivillige muligheter før tvang vurderes. Det vil si at tvangsbruk skal være siste utvei når hjelpetiltak ikke fører frem. Det er slik at vedtak etter denne bestemmelsen vil ha utstrakte følger både for selvbestemmelsesretten til kvinnene og fosterets rettsbeskyttelse. Søvig (1999), en av de få som har forsket på tvangsbestemmelsen, sier at § 6-2a er uttrykk for lovgivers avveining av to motstridende interesser. § 6-2a har som sagt frivilligheten som grunnprinsipp, som medfører at samfunnet må opprettholde eller bygge ut det frivillige hjelpeapparatet slik at tvangsinnleggelse blir siste utvei. Tilbudet om frivillig behandling kan være med å redusere det at kvinnene tar abort eller ikke oppsøker hjelpeapparatet på grunn av muligheten for å bli tvangsinnlagt. Søvig (smst) hevder at når man innfører en tvangsparagraf hvor bruken av tvang er avhengig av at frivillige hjelpetiltak ikke fører frem, så har samfunnet tatt på seg et moralsk ansvar for å tilføre det frivillige hjelpeapparatet så mye ressurser at bruken av tvang blir holdt på et minimum.

Tvangsbestemmelsen kan provosere frem en risiko for at gravide med rusmiddelproblemer tar abort, som signaliserer at man ønsker at abort foretrekkes fremfor et barn født med skader. Dette kan tolkes dithen at samfunnet ser på barn med skader som mindre verd enn barn uten skader. På den ene siden vil samfunnet i størst mulig grad ha et ønske om å unngå at barn fødes med skader, men på den andre siden er målsetningen å ha lavest mulig aborttall. Det vil i disse omstendighetene være utelukket å oppnå begge disse målsetningene, så man må dermed gjøre et valg. Dette er et problematisk verdivalg hvor Søvig (smst) mener at tvangsvedtak vil forhindre

eller begrense alvorlige skader på fosteret, slik at fosterets helse må vike for omsynet til et lavere antall aborter.

Hovedhensynet med § 6-2a, tvangspargrafen er å verne fosteret mot livsførselen til mor. Mors adferd vil da kunne skade fosteret, jmf. § 6-2a:

*”Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade.”*

Ser man kun på hensynet til fosteret bør man gripe inn så tidlig som mulig og ovenfor alle former for misbruk. I denne sammenheng er det viktig å ta i betraktning fosterets rettslige status, for både å vurdere og tolke denne tvangspargrafen. Fosteret og moren har en nær sammenheng, så det vil være vanskelig å skille mellom mor og foster (Søvig 1999). Mathieu (1996 i Søvig smst, s. 36) sier at uavhengig om man betrakter fosteret som et individ eller ikke vil handlingene til mor skade en annen, i dette tilfellet et barn som senere vil bli født. Handlingsfriheten til mor vil krenkes av et vern av fosteret, slik at mors selvstendighet må veies opp mot fosterets behov av vern.

Vilkårene for tvang etter sosialtjenesteloven § 6-2a kommer til uttrykk i første ledd første punkt (jfr. Lov om sosiale tjenester). Grunnvilkåret for bestemmelsen er at kvinnen er gravid. Deretter stilles det i følge Søvig (smst) fem materielle vilkår for å tvangsinnlegge. Det første er at kvinnen må være rusmiddelmisbruker. Hvem er så rusmiddelmisbrukere? På den ene siden er det spørsmålet om hvilke rusmidler som faller inn under rusmiddelmisbruk. Og på den andre siden stilles det spørsmål rundt hvor høyt forbruk som kan karakteriseres som misbruk. Det loven sier er at det er misbruk som kan skade fosteret, som er det andre vilkåret. Dette leder oss til tredje krav hvor det må være en årsakssammenheng mellom skaden og rusmisbruket. Deretter kan innleggelse på tvang kun finne sted hvis hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Til slutt sier loven at innleggelsen må være tjenlig, så selv om alle de fire andre vilkårene er oppfylt må det siste også være tilstede.

Lovgiver har lagt til grunn at fosteret tar skade av rusbruk tidlig i svangerskapet, men i de 17 avgjørelsene fra fylkesnemda Søvig (smst) har gått gjennom har tvangstiltak blitt vedtatt et godt stykke ut i svangerskapet. Tvangstiltak ble tidligst satt inn ved 3

måneder (2 tilfeller av 17 totalt) og da kan fosteret allerede ha fått skader. Det er bra at den resterende tiden av svangerskapet er uten rus og at fødselen finner sted i rusfrie omgivelser. Men fosteret kan ved 3 måneder allerede ha pådratt seg skader, som samfunnet ønsker å forebygge gjennom denne bestemmelsen. Søvig (smst) mener at bestemmelsen kan få en tilslørende funksjon når den benyttes så sent i svangerskapet, ved at det ser ut som samfunnet tar disse problemene på alvor. Videre sier han at man får tvang, men i svært liten grad et vern av fostrene siden tvangen ikke settes tidlig inn. Men hvorfor settes tvang inn så seint i graviditeten? Det kan som sagt være på grunn av at disse mødrene ikke oppsøker hjelpeapparatet. En annen årsak kan være det at sosialtjenesten ikke fremmer så mange tvangssaker til fylkesnemda.

Men man kan jo stille spørsmål til om man kommer i kontakt med disse mødrene så tidlig i svangerskapet, slik at man kan gjennomføre formålet med tvangsparagrafen? Søvig (smst, s. 115) mener at det kan tyde på at vi får *”en temmelig tannløs bestemmelse”*. Videre sier han at man i liten grad vil oppnå formålet med § 6-2a: *”å hindre at barn blir født med alvorlige skader”*.

I Magasinet *”Barnet og rusen – et temamagasin”* (2006) beskrives Borgestadklinikken, som er en institusjon for rusmisbrukere og deres barn. De fikk i 1998 en skjermet enhet for gravide rusmisbrukere, hvor dører og vinduer holdes låst. Det å være innlagt etter § 6-2a på Borgestadklinikken vil ikke si at man er innelåst hele tiden. De har kriterier som gir kvinnene mer frihet, som de får gjennom å samarbeide. Klinikkenes primærpasient er altså barnet, men deres grunnholdning er at ingen kvinne ønsker å påføre sitt barn skade. De mener derfor at de gjennom å ha fokus på graviditeten også ivaretar mødrene. De mener at denne innleggelsen gir mødrene en enestående sjanse for en pause i sitt liv, slik at de kan se nye muligheter og bygge en ny fremtid. I deres arbeid vektlegger de en tett oppfølging med jordmor og terapeuter, som jobber sammen med mor om hennes misbruksproblematikk. Videre legger de vekt på relasjonsbygging, slik at de gravide mødrene får et nettverk. Deres erfaring er at kvinnene på tross av at de er innlagt på tvang, trives etter en stund. Borgestadklinikken har utført to studier om fødselsvekt på barn født av tvangsinnlagte kvinner. Tallene fra

disse studiene viser en sammenheng mellom den tiden kvinnen er innlagt på klinikken og fødselsvekten på barnet. Videre viser de at den gjennomsnittlige fødselsvekten har økt de siste årene. Fødselsvekten er studert siden den er en viktig indikator på helsetilstanden til det nyfødte barnet. Det viser seg at bruk av rusmidler og da spesielt alkohol har stor innvirkning på vekten til barnet. I tillegg spiller røyking, dårlig ernæring, stress og andre sykdomsfaktorer inn på vekten. De har også utført en undersøkelse i 2006, som er basert på en journalgjennomgang. Denne studien viste at det var innlagt 91 under tvang mellom 1996-2005, og at antallet innlagte øker for hvert år. Disse kvinnene kommer fra 11 fylker og alderen er fra 17-44 år, men de fleste er i alderen mellom 25-30 år. De fleste misbruker narkotika eller narkotika/legemidler. Oppholdet til kvinnene er i gjennomsnitt 16 uker og de fleste av kvinnene har barn fra før som de ikke har omsorgen for. Av de 91 kvinnene er det 38 som fikk beholde omsorgen for sitt barn etter fødselen.

I forbindelse med tvang vil legemiddelassistert rehabilitering (LAR) være noe som dukker opp i diskusjonen om tvangsbruk. Ved Familieambulatoriet i København gir de gravide metadon med begrunnelse om at dette vil skåne fosteret for illegale rusmidler og ikke utsette det for å bli ruset og få abstinenser (Olofsson, kurs 02.10.06). Metadon er et relativt nytt behandlingstilbud til gravide rusmisbrukere. Det har blitt gjort få studier av denne gruppen mødre, men det kan tyde på at metadon kan bidra til et mer forutsigbart svangerskap (Olofsson, kurs 02.10.06). Disse mødre vil i mye større grad kunne ivareta egne behov, slik som for eksempel behov for ernæring. På tross av at metadon skaper et mer forutsigbart svangerskap, så må man huske på at metadon er et opiatsubstitutt. Det viser seg at barn eksponert for metadon i svangerskapet får abstinens etter fødsel, slik som barn eksponert for andre opiater. Det kan også tyde på at mødre som bruker metadon i svangerskapet evner sannsynligvis i mindre grad å tolerere et "vanskelig" barn (Hansen og Jacobsen 2006). Det pågår en studie her i landet for øyeblikket som gir mulighet for å sammenlikne effekten av legeassistert rehabilitering (metadon) og andre ikke – medikamentbaserte tiltak på barnas utvikling de første leveår. Dette er et omfattende tema og blir for stort å gå nærmere inn i denne

oppgaven. Men jeg vil nevne det som en mulig måte å forebygge omsorgsvikt og medfødte skader hos barn født av mødre med rusmiddelproblemer.

## 4. Risikofaktorer hos det lille barnet og deres familie.

Risikofaktorer vil si ”*de karakteristika eller farer som øker sannsynligheten for en tilstedeværelse, alvorlighetsgrad og varighet eller frekvens av senere psykologisk forstyrrelse*” (Coie et al. 1993 s. 21 i Hansen og Jacobsen 2006). Det er her viktig å understreke sannsynlighet, siden det ikke er sikkert at det å bli utsatt for en eller flere risikofaktorer medfører psykologisk forstyrrelse. Det er også slik at risikofaktorer kan øke sjansene for fysiske forstyrrelser siden hjernens utvikling er svært sårbar det første året, så dermed kan mishandling føre til en fysisk skade i barnets hjerne. De psykiske og sosiale belastningene i omsorgsmiljøet kan være til hinder for barnets utvikling, slik at miljøet både kan være et hinder eller fremme barnets utvikling og tilpasning.

Enkelte barn vil på tross av en problematisk oppvekst klare seg relativt bra, så man må derfor se risikofaktorer og faktorer som virker beskyttende i en sammenheng (Hansen og Jacobsen smst). Biologisk sårbare barn kan hjelpes til en god utvikling dersom de får muligheten til å delta i utviklingsfremmende samspill, mens de som ikke får denne muligheten vil påføres utviklingskader. Det kan også være slik at de beskyttende faktorene kan virke forebyggende på utviklingen av enkelte risikofaktorer. Dette representerer dermed barnets utviklingsstier, der barnet enten blir sårbart eller motstandsdyktig mot utviklingsavvik (Hansen og Jacobsen smst). Risikofaktorene kan oppstå både i barnet selv og i deres miljø, så følgende kan illustrere hva risikofaktorer kan være. Det kan være en sårbarhet hos barnet, nevrologisk og psykologisk. Videre kan sårbarheten være hos foreldrene, som psykiske og psykososiale problemer bestående av rusmisbruk, psykisk sykdom og traumatiske opplevelser. Dobbelttrisiko kan også forekomme, som vil si at både foreldrene og barnet har problemer. I disse tilfellene vil foreldrene ha liten mulighet til å møte barnets spesielle behov.

Risikofaktorer har en tendens til å være kumulative, slik at flere risikofaktorer forsterker den totale tilstedeværelsen av risiko (Hansen og Jacobsen smst).

Retrospektive studier foretatt av Sameroff (2001 i Hansen og Jacobsen smst, side 23) viser at opp til 80 % av de barn som vokser opp i et miljø med mange belastninger vil

utvikle vansker som voksne. Beskyttende faktorer vil da være faktorer som øker motstandsdyktigheten under ufordelaktige forhold og som øker motstanden mot vansker senere i livet (Hansen og Jacobsen smst). Eksempler på dette kan være barnets intelligens, selvreguleringsferdigheter, foreldrenes sensitivitet, trygg tilknytning og den sosiale relasjonen mellom foreldrene.

Ut fra det jeg har skrevet ovenfor vil jeg betegne en risikofamilie som en familie hvor foreldrenes sosiale og personlige belastninger går ut over tilknytningen og samspillet med barnet, slik at de ikke har kapasitet til å skape en nødvendig buffer mellom barnet og de ytre stimuli. Risikofamilien kan også ha barn med spesielle behov hvor foreldrene verken har evne, forståelse eller innlevelse i behovene til sitt barn. Familier med rusmiddelproblemer vil da kunne betegnes som en risikofamilie. Det vil dermed si at ikke alle familier mestrer det å få i stand et godt nok omsorgsmiljø for sine barn, derfor vil tidlig innsats være svært viktig med hensyn til hvordan utviklingen vil forløpe for disse barna (Hansen og Jacobsen smst).

## 4.1 Hvordan virker mødrenes rusmiddelproblemer inn på barnet?

Christoffersen (2002 i Killèn og Olofsson 2003, s. 63) viser i sine undersøkelser at det er en alvorlig belastning på barnet når begge foreldrene har rusmiddelproblemer, men størst belastning fant han i de tilfeller hvor mor hadde rusmiddelproblemer.

Foreldrenes rusmiddelproblemer er altså en risikofaktor som virker inn på både atferden til barnet og i tillegg deres fysiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale utvikling (Killèn og Olofsson smst). De barn som utsettes for rusmidler i fosterlivet kan ha misdannelser, bli for tidlig født og ha lav fødselsvekt. De kan ha opplevd en komplisert fødsel med oksygenmangel i graviditeten og under fødselen, infeksjonssykdommer som leverbetennelse, HIV, abstinenser etter fødsel og andre sykdommer i nyfødtpperioden. Det har også vært tilfeller av dødfødsler og krybbedød. Killèn og Olofsson (smst) hevder at det er en sammenheng mellom mors rusmiddelavhengighet og utviklingsmessige forstyrrelser. De konfliktene som følger



en familie med rusmiddelproblemer vil derfor virke inn på barnets opplevelser og utvikling.

Rusmiddelavhengige gravide har ofte vokst opp under dårlige psykososiale forhold (Killèn og Olofsson smst). Denne belastende bakgrunnen gjør at de er preget av lav selvtillitt, dårlig selvfølelse, dårlig kontaktevne og mange av dem har personlighetsforstyrrelser eller annen psykopatologi. Graviditetene er ofte ikke planlagt og oppdages seint, slik at abort ikke er en mulighet. Alle de ulike medikamentene og rusmidlene de inntar i kombinasjon med dårlige sosiale vilkår og svekket helsetilstand vil være en risiko for å påføre fosteret skader. Foreldrenes rusmiddelproblemer kan også starte senere i barnets liv, slik at barnet ikke har blitt eksponert for rusmiddelskader i fosterlivet. Barnet vil da være mindre sårbart og foreldrene vil sannsynligvis ikke ha en like belastet bakgrunn og opplevd så alvorlige traumer som de tidlige rusmiddelavhengige (Killèn og Olofsson smst). Disse foreldrene vil kanskje ha opplevd bedre omsorg og dermed ha mer å gi sine barn. Foreldrene kan tilsynelatende ha en god sosial fungering på tross av sine skjulte problemer, siden de kan være en del av et velfungerende nettverk. Selv om misbruket er skjult for verden rundt vil barna se og oppleve rusmiddelproblemene, og de forsøker å skjule foreldrenes rusmiddelproblemer for omverden og deres nettverk. De ressurser som barnet skulle benytte til lek, læring og utvikling bli dermed brukt til bekymring og tildekking. Når de prøver å skjule disse problemene vil det ofte føre til at familien blir isolert (Killèn og Olofsson smst).

## 4.2 Det ruseksponerte barnet

Mange barn av mødre med rusmiddelproblemer har blitt eksponert for rusmidler under svangerskapet og det er nå en stigende oppmerksomhet rundt både omfanget og konsekvensene av disse medfødte skadene. Av alkoholeksponering under graviditeten har det blitt dokumentert betraktelige skader når mors alkoholkonsum er høyt, med føtalt alkoholsyndrom (FAS) som det mest dramatiske. Dette syndromet innebærer fysiske så vel som mentale utviklingsforstyrrelser. Solbakken, Lauritzen og Lund

(2005) viser til sosial- og helsedepartementet, som sier at et høyt alkoholforbruk kan føre til en forhøyet forekomst av misdannelser av ulike organer, som hjernen, hjertet, nyrer, immunforstyrrelser og liknende. Det har vist seg at disse skadene inntreffer ved et høyt alkoholforbruk tidlig i svangerskapet. De trekker videre frem at det kan tyde på at prenatalt alkoholkonsum har en uheldig innvirkning på barnets mentale utvikling. Alkohol kan skade de ulike prosessene i hjernens utvikling under hele svangerskapet og effektene av alkoholen øker med mors inntak. Derfor har Sosial- og helsedirektoratet, ifølge Solbakken, Lauritzen og Lund (smst) på grunnlag av det sosial- og helsedepartementet hevder gått ut og råder de gravide til nulltoleranse av alkohol under graviditeten. Når det gjelder mødre med rusmiddelproblemer viser Sundhedsstyrelsen (2005) til at deres barn er også i en risikogruppe både obstetrisk<sup>10</sup>, pediatrik, psykologisk og sosialt.

Moe (2002) og Slinning (2004) har undersøkt 78 ruseksponerte barn i Norge, født mellom 1991 og 1995. Disse barna og en kontrollgruppe har blitt fulgt opp gjennom syv sesjoner fra fødselen av og fram til 11 års alder. Denne studien dokumenterer de betydelige skader ruseksponering i svangerskapet kan medføre:

- 8 av 10 hadde abstinenssymptomer når de ble født
- En av fire hadde ved en alder av fire år behov for hjelp fra psykiatrisk helsevern
- Kjønnforskjeller i utviklingen kom til syne allerede fra det første leveåret. Flere gutter enn jenter hadde problemer med å regulere oppmerksomhet, atferd og emosjoner i en alder av fire år.
- Halvparten av de rusmiddeleksponerte barna utviklet atferdsmessige, sosiale og emosjonelle vansker.

66 av de 78 barna i undersøkelsen ble tatt under omsorg og ble plassert i fosterhjem eller adoptivhjem. Når man ser på fødselsdata for disse barna viser de lavere

---

<sup>10</sup> Det vil si under svangerskapet og fødselen.

fødselsvekt, hodeomkretsen er mindre og de er født tidligere enn kontrollgruppen. Den motoriske utviklingen målt ved Bayley – II<sup>11</sup> viste en svakere motorisk utvikling frem til 3-årsalderen enn kontrollgruppen. For de kognitive/intellektuelle ferdighetene skårer en av tre i risikozonen ved 1-års alder, mens ved 3-års alder er skåren en av fem. Majoriteten av disse er gutter, som har de største utviklingsvanskene og flest lave skårer. Videre kom det frem at halvparten av 3-åringene trengte spesialpedagogisk hjelp i barnehagen, som da var at de hadde en assistent knyttet til seg slik at de greide å fungere. 20,5 % av familiene hadde mottatt samspillsbehandling av terapeuter ved Aline poliklinikk eller henvist til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), siden deres barn i så stor grad var avhengig av utviklingsstøtte.

Det er grunn til bekymring siden bruk av rusmidler som alkohol og illegale stoffer øker i omfang, slik som tendensen Skretting (2000) viser til om at jenter i fertil alder konsumerer mer alkohol enn tidligere. Illegale rusmidlers (opiater, kokain, amfetamin og cannabis) langtidseffekt på barnets utvikling er ikke så godt dokumentert som effektene av alkohol. Bildet av en gravid kvinne som bruker illegale rusmidler er komplisert, da også blandet misbruk blir mer og mer vanlig.

Når gravide drikker alkohol vil alkoholen gå direkte fra morens blod via morkaken inn i fosterets blod (Hognestad 1993). Det vil si at når mor drikker, så blir fosteret like sterkt påvirket som moren. Det samme skjer når mor har abstinenser, så vil også fosteret ha dette. Fosteret er lite og har organer som er ikke er ferdig utviklet, så de kan ikke skille ut disse stoffene like raskt som moren. Derfor vil energi som skulle vært benyttet til cellevekst isteden bli benyttet til å skille ut gift (Hognestad smst). Det er to grupper av alkoholskadde barn som går under de faglige betegnelsene Føtalt alkohol syndrom (FAS) og Føtale alkohol effekter (FAE). Påvirkningen av narkotiske stoffer i fosterlivet gir ikke synlige, fysiske utslag slik som ved alkoholinntak. Men morens inntak av rusmidler er også skjebnesvangert for det ufødte barnet. Hognestad (smst) sier at sentralnervesystemet er i faresonen for å bli påført skader av virkningene av

---

<sup>11</sup> Mer om Bayley – II under metoder i kapittel 7.

rusmidlene på en organisme i utvikling og abstinensene disse barna utsettes for. Voksne klarer rus og abstinenser uten de store skadene, men fosteret utsettes for en stor risiko for skader. Det kan være hjernefunksjoner som skades, slik at de kan få oppmerksomhetsforstyrrelser, konsentrasjons- og koordineringsvansker. De ulike narkotiske stoffene ser ut til å gi noe ulike skader. Fosterskadene vil også påvirkes av hvor store mengder og over hvor lang tid de utsettes for rusmidlene og ikke minst hvor robust barnet er. Det kan se ut for at et blandingsmisbruk er det mest alvorlige når man ser det fra fosterets side (Hognestad smst).

Barn med FAS har en vekstforstyrrelse, som fortsetter etter fødsel og det er sammenheng mellom graden av fosterets vekstreduksjon og morens alkoholinntak siste del av svangerskapet. Men den mentale retardasjonen er den alvorligste konsekvensen alkoholen påfører fosteret (Killèn 1994). Mødre som misbruker narkotiske stoffer i svangerskapet medfører også fare for fosteret, men Killèn (smst) mener at det er ingen holdepunkter for at andre avhengighetsskapende stoffer enn alkohol fører til risiko for misdannelser. Narkotiske stoffer medfører en risiko for medfødte hjerneskader i ulik grad ved mangel av surstoff i svangerskapet (Sundhetsstyrelsen 2005)(Killèn og Olofsson 2003). Videre er det en forhøyet risiko for fødselskomplikasjoner, spontan abort, svangerskapsforgiftning, vekstretardasjon, for tidlig fødsel og infeksjoner i svangerskap hvor mor har rusmiddelproblemer. Mødrenes jevnlige misbruk under graviditeten vil føre til fysisk avhengighet hos fosteret og det nyfødte barnet vil kunne utvikle abstinenssymptomer, som er en irritasjon i sentralnervesystemet. Symptomene er sitringer og noen ganger kramper, økt muskelspenning, overfølsomhet for lys, lyd og berøring, barnet har et karakteristisk skingrende skrik, er vanskelig å trøste og søvnmonsteret er forstyrret (Hognestad 1993). Disse spedbarna vil når de blir født ha problemer med å spise, de gulper, kaster opp og har diaré. De vil også ha forstyrrelser i det autonome nervesystemet, som viser seg ved at de har en tendens til å svette og ha dårlig varmeregulering. De kan også ha problemer med en vedvarende nysing og uregelmessig pust. Spedbarnet må vise kraftige og gjentatte symptomer for at man kan skille barn med abstinenter fra de med vanlig nysing, gulping, sitring og følsomhet.

Barn som er sterkt plaget må behandles medisinsk over en lengre periode og blir da lagt inn på barneavdeling i opptil to-tre måneder. Abstinensplagene vil som oftest vare frem til barnet er mellom 8 og 10 uker, men kan vare i enkelte tilfeller til barnet er et halvt år (Hognestad smst). Hognestad (smst) trekker frem at når plagene fortsetter de første døgnene etter fødselen vil det antakelig være tegn på forstyrrelser eller skader på sentralnervesystemet heller enn rene abstinenser. Disse barna betegner Killèn (1994) som sårbare allerede fra fødselen av og de fødes inn i en omsorgssviktsituasjon.

De ruseksponerte barna utvikler en sårbarhet, som medfører at de kan bli krevende barn (Moe 2006). Mor kan som sagt også ha en sårbarhet med en bakgrunn med rusmiddelproblemer og tilleggsvansker som psykiske og fysiske plager, lite nettverk og dårlig selvbilde. Dette kan føre til en negativ sirkel hvor mor opplever barnet som vanskelig og krevende, slik at mor da trekker seg unna. Dermed vil samspillet forstyrres, som medfører store konsekvenser for det lille barnets utvikling. De ruseksponerte barna er ulike akkurat som de funksjonsfriske barn, men Moe (smst) trekker frem noen fellestrekk. De har større behov for struktur og stabilitet i sin omsorgssituasjon, de trenger realistiske forventninger, muligheter for pauser og ro. Ruseksponerte spedbarn er vanskelig å ta hånd om, som kan gi omsorgspersonene nederlagsfølelser og frustrasjoner på grunn av at barna er irritable for sansepåvirkninger og oppleves avvisende på kontakt. Hognestad (1993) mener derfor at det er en stor risiko for omsorgssvikt og mishandling av disse barna, når omsorgsmiljøet er urolig og ustabilt. Derfor hevder hun at disse barna, på grunn av de organiske skadene de ble påført under svangerskapet vil være ekstra utsatt for utviklingskader under dårlige omsorgsbetingelser. Barna vil dermed trenge en spesielt tilrettelagt omsorg, siden de blir raskt overstimulert og dermed blir lett overveldet. Det største problemet synes å være at de i mye mindre grad enn andre barn greier å stenge irrelevant stimuli ute, slik at det er viktig å beskytte dem mot for mange stimuli om gangen.

#### **4.2.1 Hvor mange barn ruseksponeeres og hvordan går det med dem?**

Det å estimere hvor mange barn som er berørt av foreldrenes rusmiddelmisbruk under oppveksten er svært vanskelig, siden en stor andel av misbruket foregår i det skjulte. Alkohol er det rusmidlet som i størst omfang påvirker barns situasjon gjennom rusrelaterte skader prenatalt og gjennom ulike funksjons- og symptomlidelser under oppveksten. Det har blitt gjort befolkningsundersøkelser (se Kessler et al. 1994, Bijl et al. 1998) blant annet i USA og Nederland, som viser en siste års prevalens for avhengighet og misbruk av alkohol på ca 10 %. Kringlen et al. (2001) viser til sammenfallende resultat i en norsk undersøkelse. Solbakken og Lauritzen (2006) hevder at ut fra befolkningsundersøkelser og kliniske undersøkelser kan man kalkulere med at det finnes en stor gruppe barn i Norge som lever under foreldrenes rusmiddelmisbruk og lider under den. I den forbindelse henviser de til Statusrapport om rusmiddelmisbruk i Norge 2005, hvor Arbeids- og sosialdepartementet har gjengitt et estimat på 200 000 barn som lever i familier hvor en eller begge foreldrene har rusmiddelproblemer. Når det gjelder eksponering i fosterlivet viser Hognestad (1993) til at det fødes cirka 1 barn med FAS per 600 fødsler i USA. Overføres dette til Norge med 60000 fødsler per år, så vil det si at cirka 100 barn fødes årlig med FAS. Når det gjelder FAE, så fødes det langt hyppigere barn med dette syndromet. I Danmark og USA regner man med at 1-2 barn per 100 fødsler har FAE, så overført til norske forhold vil det si cirka 600 fødsler i året. Barn som fødes av mødre med rusmiddelproblemer er lavere. Fødeavdelingen ved Ullevål sykehus registrerer i følge Hognestad (smst) mellom 40 og 50 kvinner med rusmiddelproblemer i året, men det er sannsynlig at det er flere som ikke blir registrert. Et varsomt anslag for hele landet vil kunne være at det fødes cirka 70-80 barn med skader påført av mors rusmiddelproblem. Disse tallene virker kanskje ikke alarmerende, men disse barna utgjør i følge Hognestad (smst) en større gruppe barn enn de som fødes med Downs syndrom. Sannsynligvis er det slik at de barn som eksponeres for rus under svangerskapet er blant de største enkeltgruppene av barn som fødes med funksjonsforstyrrelser. Tallmaterialet om ruseksponte barn i Norge er altså usikre,

siden det er få som er diagnostiserte. Årsaker til dette kan være at det er vanskelig for foreldrene å be om hjelp når de mistenker at barnet er ruskadet, siden dette da vil være noe de har forårsaket. Det kan også komme av at det finnes liten kunnskap i førstelinjetjenesten om ruskkader og hvordan de utarter seg, slik at helsepersonell ikke har metoder og verktøy for å se disse skadene. Det er også slik at det er få fagmiljøer her i Norge med ekspertise i ruskkader og som kan diagnostisere ("Barnet og rusen – et temamagasin", 2006).

Barn av rusmisbrukende mødre viser seg også ved 1-2 års alderen å være følsomme for lyder, lys og kanskje også berøring (Hognestad 1993). De har ofte vanskeligheter med konsentrasjonsevnen, slik at de i liten grad mestrer å holde oppmerksomheten rettet mot en ting om gangen. De avledes derfor raskt og springer ofte til noe nytt som ser morsommere ut. De barna med alvorlige alkoholskader er i tillegg forsinket i sin utvikling. Skadene som oppstod i starten av deres liv vil føre til at de vil være utsatt for vanskeligheter gjennom hele oppveksten, vanskeligheter som de fleste andre barn ikke strever med. Uroen ruseksponerte 1-2 åringer viser vil kunne medføre konsentrasjonsproblemer og innlæringsvansker, slik at mange av disse barna vil måtte trenge spesielle hjelpetiltak gjennom hele sitt liv (Hognestad smst). Barnets utvikling er avhengig av at omsorgspersonen kan lese barnas signaler og tar seg varsomt av dem, slik at de kan ta inn verden rundt seg i små porsjoner (Hognestad smst). Det vil da si at de foreldrefunksjonene jeg beskrev tidligere vil være av avgjørende betydning å utvikle, slik at foreldrene kan make å gi sine barn en god nok omsorg.

## 5. Hva er god nok omsorg for et barn?

Barnets utvikling er foreldrenes hovedoppgave, men i tillegg kommer det bidrag fra andre i barnets nettverk som ansatte i barnehage og skole. Når barna er små må imidlertid foreldrene sørge for at barnas behov for beskyttelse, stabilitet, kontinuitet, sensitivitet og utviklingsstøtte blir ivaretatt. Det vil ikke si at barna behøver superforeldre, men de må ha gode nok foreldre (Hansen og Jacobsen 2006).

Målet med omsorgen for et barn sier Nygren (1997, s. 14) er ment å

*” bidra til at barnets fysisk, psykisk, sosialt og psykososialt blir kvalifisert for å leve et meningsfylt liv som et selvstendig menneske og aktivt subjekt innenfor den kulturen barnet ønsker å tilhøre i det aktuelle samfunnet”.*

Killèn og Olofsson (2003) trekker frem at det synes å være en tendens i samfunnet til å tro at bare et barn ser fysisk velstelt ut, så er foreldrefunksjonene og omsorgen god nok. Dette stemmer ikke sier de, for det er de følelsesmessige og kognitive foreldrefunksjonene som er av avgjørende betydning for barnets utvikling. Det har vist seg at er disse gode nok, så følger den fysiske omsorgen naturlig etter.

Det er vanskelig å finne noe konkret å måle hva god nok omsorg er, siden det varierer veldig ut fra hvilke behov barnet har. Det virker som om det ikke finnes en form for omsorg som er god nok for alle barn, så omsorgen må vurderes ut fra hvordan barnet har det og hva det trenger for en optimal utvikling. Det er derfor viktig å finne ut hva de ulike foreldrefunksjonene er og måle omsorgen ut fra om den er god nok for det respektive barnet. Nedenfor vil jeg derfor gjøre rede for de ulike foreldrefunksjonene.

### 5.1 Foreldrefunksjoner

Dette avsnittet om foreldrefunksjoner er basert på Killèn (1994) og Killèn og Olofsson (2003), siden disse to fagpersonene er ledende innen forskningen på dette feltet i Norge og Danmark. Jeg velger derfor nedenfor å trekke frem de foreldrefunksjoner de ser på som viktige for samspillet mellom foreldre og barn og for barnets tilknytning,



trivsel og utvikling. I denne sammenhengen vil jeg ha fokus på hva mødrenes rusmiddelproblemers virkning på foreldrefunksjonene.

De barn som har blitt eksponert for rusmidler i fosterlivet er sårbare på mange områder, slik som også for utilstrekkelige foreldrefunksjoner. Disse barna har behov for ekstra god omsorg, som er en utfordring for selv de mest velfungerende foreldre. Foreldre med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer vil ha vanskeligheter med å fylle foreldrefunksjonene. I tillegg til dette er det ofte slik at barn av mødre med rusmiddelproblemer har en nedsatt eller forstyrret evne til samspill, som kommer av en fysisk og psykisk sårbarhet. Dette vil som sagt stille store krav til foreldrenes omsorgsevne. Gravide med et rusmiddelproblem kan ha de beste intensjoner om å bli fri fra rusen, men avhengigheten, fravær av et støttende sosialt nettverk, kaotisk livsform og en dårlig problemløsningsevne gjør det å bli rusfri og ta seg av et barn så å si er umulig. Barnet vil i disse situasjonene leve under forhold med ulik grad av omsorgssvikt. I de tilfeller hvor kun den ene forelderen har et rusmiddelproblem og den andre har gode nok foreldrefunksjoner, så vil barnet allikevel oppleve familiens rusmiddelproblemer som en belastning. Ser vi på de familier hvor rusmiddelproblemene startet senere i barnets oppvekst vil som sagt foreldrefunksjonene ha vært gode nok. Barnet vil da kunne ha et mer positivt bilde av seg selv og ha mer å bygge på i sin utvikling. Men det er heller ingen garanti for at foreldrefunksjonene er gode nok i de perioder foreldrene er rusfri. Kvaliteten på foreldrefunksjonene avhenger av hvordan foreldrene er når de er rusfrie og hvilken personlighet de har når de er rusfrie. Abstinensene vil virke inn både fysisk og psykisk på foreldrefunksjonene. De ulike foreldrefunksjonene er som følger:

### **5.1.1 Foreldrenes evne til å se sitt barn slik det er og akseptere det**

Det er slik at de barn som sees som de er og aksepteres som de er vil få et godt grunnlag til å utvikle god selvfølelse. Det vil si at det er foreldrenes oppfattelse av barnet som har konsekvenser for hvordan barnet behandles og oppfatter seg selv. Enkelte rusmisbrukere og psykisk syke foreldre kan ikke se barnas behov, dermed

skjer kontakt og omsorg med utgangspunkt i deres egne behov og ikke i takt med barnets behov. Barnet kan også tillegges negative egenskaper og kvaliteter de ikke innehar, som kan føre til fiendtlig avvisning fra foreldrenes side. I de tilfeller hvor barnet har medfødte skader eller sykdom relatert til rusmidler vil det være særdeles vanskelig å se barnet som det er og akseptere det. I denne sammenheng er det følelser som skyld, smerte og benektelse som blokkerer foreldrene fra å se og akseptere det lille barnet.

Rusmiddelutsatte barn har også ofte et avvisende reaksjonsmønster på ytre stimuli og rusmiddelavhengige foreldre kan mistolke dette som avvisning av dem som foreldre. Dette stimulerer i følge Eliason og Skinstad (1995 i Killèn og Olofsson 2003, s. 65) foreldrenes lave selvfølelse og eventuelle depresjoner, som kan føre til et ambivalent og enkelte ganger fiendtlige følelser for sitt barn.

### **5.1.2 Foreldrenes evne til å opprettholde sitt positivt følelsesmessige engasjement i sitt barn**

Engasjerer foreldrene seg i barnet med glede vil barnet utvikle god selvfølelse, positive forventninger, optimisme og egen evne til å glede seg og engasjere seg. Rusmiddelbrukende foreldres evne til å engasjere seg positivt følelsesmessig kan være sporadisk og avhenge av deres tilstand. Deres engasjement i barnet vil ofte komme med utgangspunkt i egne behov og premisser, og ikke i barnets behov.

Rusmiddelavhengige foreldre kan til tider være så påvirket at de ikke er tilgjengelige, noe som kan føre til akutte og alvorlige omsorgssviktsituasjoner. Disse situasjonene kan barnet oppleve som svært farlige og angstfremkallende. Foreldrene bruker både sin tid og sine krefter på å få tak i rusmidler. Dermed blir tiden som skulle blitt benyttet til å engasjere seg i barnet minimal, slik at barnet opplever at foreldrene foretrekker rus framfor dem.

### **5.1.3 Foreldrenes evne til innlevelse med barnet**

Opplever barnet at foreldrene kan leve seg inn i hvordan de har det, ved å trøste når barnet er lei seg, forstå deres sinne og protest blir dette barn som har mot til å føle. Barnet vil gjennom dette etter hvert lære å regulere sine egne følelser. De vil utvikle evnen til å leve seg inn i andre menneskers situasjoner, som betegnes som empati. Denne foreldrefunksjonen strukturerer barnets liv og skaper trygghet og forutsigbarhet for barnet. I de tilfeller hvor de to foregående foreldrefunksjonene er begrensede vil ofte evnen til å leve seg inn i barnet også være begrenset. Foreldre med rusmiddelproblemer gir ofte løfter de ikke kan holde, som viser at de ikke er i stand til å leve seg inn i barnets opplevelse av at de bryter sine løfter. Mens de foreldrene som fornektet sitt rusmiddelbruk vil heller ikke kunne leve seg inn i barnas smerte. Denne smerten vil de veldig ofte vegre seg imot, siden rusmiddelbruk ofte er en flukt fra smerte. De makter ikke å ta inn over seg sine barns smerte siden de må forsvare seg mot sin egen smerte.

### **5.1.4 Foreldrenes evne til å prioritere barnets utviklingsmessige behov**

Foreldre som evner å leve seg inn i barnets situasjon og prioriterer å dekke barnets grunnleggende behov fremfor sine egne er i stand til å beskytte barnet for overgrep. Foreldre med rusmiddelproblemer lar sine egne behov overskygge barnas behov, som for eksempel barnets behov for ro, fred og trygghet i spisesituasjonen. Et annet eksempel kan være at foreldrene tar opp et sovende barn for at foreldrene har behov for å kose seg med barnet.

### **5.1.5 Foreldrenes evne til å sette realistiske forventninger til sitt barn**

Det å stille realistiske forventninger til barnet fører til at barnet unngår å engste seg for ikke å mestre og de unngår å presse seg for å mestre. De kan da bruke sine krefter på en måte som står i forhold til deres ressurser og utviklingstrinn. Når vi ser på de barna

som har foreldre med rusmiddelproblemer er det ofte slik at disse foreldrene har vansker med å stille realistiske forventninger. De stiller ofte altfor høye krav, også ovenfor de barna som har en medfødt sårbarhet. Dette kan ha sammenheng med at disse foreldrene har skyldfølelse for at barnet er født med en skade, slik at de behandler barnet som et normalt barn for å dekke over sin skyldfølelse. I tillegg til dette er det noen foreldre som ser på sitt barn som sin redningsmann ut av rusmisbruket.

Killèn og Olofsson (2003) viser til gjentatte tilfeller hvor de har sett situasjoner hvor barna selv har forstått at de må ta ansvar hvis de og foreldrene skal overleve. Dette ansvaret er altfor stort å bære for et lite barn i forhold til deres alders- og utviklingsnivå. Det viser seg i enkelte tilfeller at barna blir små voksne, som tar ansvaret for foreldrene og hjemmet. I disse familiene har det skjedd et uønsket og skadelig rollebytte<sup>12</sup>.

### **5.1.6 Foreldrenes evner til å beskytte barnet**

Det at foreldre beskytter barnet for farer utenfra er en foreldrefunksjon som sjelden nevnes siden den er så selvfølgelig. I tilknytning til foreldre med rusmiddelproblemer må det taes med i vurderingen av omsorgskompetansen. Det har vist seg at disse foreldrene har store vansker med å fylle denne funksjonen. Disse foreldrene kan ha de beste intensjoner om å gi god nok omsorg, men man må ta i betraktning at mange barn av mødre med rusmiddelproblemer har nedsatt eller forstyrrede evner til samspill. Dette kommer av en medfødt fysisk og psykisk sårbarhet hos det lille barnet, som stiller store krav til omsorgsgiveren. Disse kravene blir ofte for store for foreldrene med rusmiddelproblemer, siden de ofte som sagt tidligere har en sårbarhet selv.

Foreldre med rusmiddelproblemer vil dermed ha store vansker med å på en god måte fylle disse foreldrefunksjonene. Dette kommer av at rusen i seg selv, den dominerende

---

<sup>12</sup> Mer om dette, som kalles parentifisering, i kapittel 6.1.1 og 6.2.3

---

plassen avhengigheten har i foreldrenes prioriteringer og eventuelt deres psykiske ustabilitet og sårbarhet. Disse vanskene må sees i sammenheng med foreldrenes vanskelige livsforhold.

Betydningen av alle de foreldrefunksjonene som er beskrevet ovenfor vil i følge Killèn (1994) gjenspeiles i nyere forskning på samspill. Killèn og Olofsson (2003) hevder at hvis alle disse foreldrefunksjonene er relativt gode, så vil barnet ha en ”god nok” omsorgssituasjon. De mener at vi alle ikke er noe bedre enn ”gode nok”, for alle foreldre gjør så godt de kan og det gjelder også foreldre med rusmiddelproblemer. De mener at omsorgen ikke er ”god nok” hvis foreldrene har rusmiddelproblemer. ”God nok” omsorg er ifølge Killèn (1994) side 30:

*”De barn som utvikler seg og trives, som vet hva de føler, som er i stand til å gi uttrykk for det de føler og opplever å få aksept på det, enten de er glade, redde eller sinte, og som er i stand til å bruke de ressurser de har, får ”god nok” omsorg.”*

God nok omsorg er dermed ikke noe som er en fast størrelse, men forandrer seg over tid og i forhold til hvor du oppholder deg. Jeg vil si at det kan tyde på at det er viktig at den omsorgen et barn får står i samsvar med det utviklingspotensialet og de ressurser det innehar. Ut fra det jeg har lest av litteratur og forskning og erfart ute i praksisfeltet kan det tyde på at man lettere kan karakterisere hva dårlig omsorg er enn hva god omsorg er. Da tenker jeg spesielt på barnevernet, som har hatt en tendens til å se etter det som ikke fungerer eller er dårlig, fremfor å fokusere og bygge videre på de elementene som fungerer. Men ser man på det jeg har skrevet om Aline kan man kanskje si at det har skjedd et paradigmeskifte i barnevernsarbeidet, ved at man har flyttet fokus fra å se etter det som ikke fungerer til å se på hva som kan gjøres for å mestre. Empowerment<sup>13</sup> og Resilience-tenkningen<sup>14</sup> har ført til at man vil bygge på positive sider, slik at de får et positivt selvilde og får oppleve å mestre.

---

<sup>13</sup> Empowerment er en metode hvor man fokuserer på å identifisere barnets og/eller foreldrenes ressurser og bygge opp kompetansen deres (Lassen 2002).

<sup>14</sup> Resilience-forskningen ser etter spesielle faktorer som beskytter mot vansker eller påkjenninger (Lassen 2002). Det er da en motstandskraft (Gjærum et al. 1998).

## 5.2 Samspill og tilknytning i familier med rusmiddelproblemer

Tilknytningen mellom omsorgsgiver og barnet er begynnelsen på og legger grunnlaget for at et samspillsforhold utvikles, noe jeg også har beskrevet i det første kapittelet. Denne tilknytningen går gjennom mange forandringer under barnets oppvekst, men varer som oftest livet ut (Rye 1993). Tilknytningsteorien ble utviklet av Bowlby (1973) og går ut fra at barnet er pre-programmert for å utvikle en følelsesmessig binding til omsorgsgiver. Denne tilknytningen har som mål å opprettholde fysisk nærhet til en omsorgsgiver som beskytter barnet mot farer. Barnets smil, gråt, godlyder, klunking og liknende blir tolket som tilknytningsatferd. Denne atferden har til hensikt å etablere og opprettholde en slik nærhet til omsorgsgiveren at barnet blir en aktiv deltaker i tilknytningsprosessen. Dette etableres ikke av seg selv, men det må være en tilrettelagt forutsetning, ved at barnet får mulighet til å delta i et samspill med en person som er følsom ovenfor barnets signaler og kan reagere raskt og konsekvent på disse. Bowlby hevder dermed at det er gjennom det første samspillet mellom omsorgsgiver og spedbarnet at tilknytning etableres (Evenshaug og Hallen 1993). Man ser også på grunnlag av beskrivelsen av foreldrefunksjonene at disse er avgjørende for utviklingen av samspill og tilknytning mellom mor og barn.

Barns utvikling og hvordan foreldrene kan bidra i denne utviklingen blir ofte beskrevet gjennom tilknytning, som Ainsworth et. al (1978) og Bowlby (1973) har beskrevet. Det er slik at barnets tilknytning til sine omsorgspersoner utvikles og etableres gjennom samspillet mellom dem. God interaksjon forutsetter at omsorgspersonene er i stand til å respondere sensitivt og forutsigbart på barnas atferd og behov. Barn av foreldre med rusmiddelproblemer stiller større utfordringer til sine foreldre enn andre barn. Mange av disse barna har blitt eksponert for rusmidler under svangerskapet og bærer da med seg konsekvensene av dette (Solbakken, Lauritzen og Lund 2005).

Barn knytter seg til sine omsorgspersoner uansett hvilken behandling de får, siden de må det for å overleve. Men barna knytter seg til sine omsorgsgivere på ulikt vis. Barnet har innen dem er ett år utviklet et tilknytningsmønster til sine omsorgsgivere.

Barn utvikler ulike tilknytningsmønstre fra trygg til ulike former for utrygg tilknytning. De som er trygt tilknyttet har opplevd følelsesmessig tilgjengelige, sensitive og forutsigbare foreldre. De er trygge på at foreldrene vil trøste, beskytte og ta vare på dem hvis de føler seg truet. Barn som har ulike former for utrygg tilknytning har opplevd manglende følelsesmessig tilgjengelighet og til dels skremmende atferd. De føler seg ikke trygge på at foreldrene vil beskytte dem. Det er tilknytningsteorien som har gitt oss forståelsen av barns tilknytning og utvikling en biologisk og rasjonell forankring (Solbakken, Lauritzen og Lund smst).

Solbakken, Lauritzen og Lund (smst) henviser til at det finnes mange studier som viser barns tilknytningsmønstre i forhold til mødre med rusmiddelproblemer. I disse studiene viser majoriteten av de ruseksponerte barna en utrygg tilknytning, mens den største andelen av de barna som ikke var ruseksponerte viste en trygg tilknytning. Det å gi en sensitiv respons til barnet krever at foreldrene kan ivareta en rekke viktige foreldrefunksjoner. Det viser seg at tilknytning danner grunnlaget for fungering i voksen alder, da spesielt med hensyn til å etablere og opprettholde nære emosjonelle og stabile relasjoner til andre. Det har vist seg at ulike former for psykiske vansker kan være resultat av en utrygg og da spesielt en desorganisert tilknytning hos barn. Barn med denne typen tilknytning er overrepresentert i risikofamilier, spesielt i familier hvor det forekommer ulike former for mishandling og vanskjøtsel. Men tilknytningskvaliteten kan endres, slik at kjennetegnet ved barn som fikk endret tilknytningen fra utrygg til trygg var at foreldrene utviklet mer positive kognitive representasjoner (arbeidsmodeller). Dermed hevder Hansen og Jacobsen (2006) at det derfor ikke er slik at spesifikke foreldrefunksjoner alene er ikke tilstrekkelig, men affektive og personlighetsmessige karakteristika er avgjørende for at endringen skjedde. Jo tidligere innsats ved å øke foreldrenes sensitivitet, jo større sjanse er det for en positiv utvikling for barnet.

Kvaliteten på samspillet mellom omsorgsgiver og barnet har betydning psykososialt og kognitivt for barnet. Det er jo slik at et barn er fullstendig avhengig av sine emosjonelt tilgjengelige omsorgsgivere. Moe (2006) hevder at barnets samspill med

det tidlige sosio-emosjonelle miljøet virker direkte inn på hjernens utvikling de to første leveår. I disse to årene utvikles sentralnervesystemet, slik at hjernestrukturen påvirkes og grunnlaget legges for hvordan barnet skal utvikle seg og fungere senere. Derfor mener hun at man må sette inn tidlig tiltak før det utvikler seg til forstyrrelser. Dette bygger hun på at det er godt dokumentert i dag at hjelp må komme så tidlig som mulig, for at man skal hindre utviklingen av mer alvorlig karakter. Det å ha en vente og se holdning, for å ikke såre foreldrene eller stigmatisere barna, sier hun kan føre til at barnets problemer blir mer omfattende og vanskeligere å korrigere.



## 6. Omsorgssvikt i familier med rusmiddelproblemer

En mor som føler seg utilstrekkelig har angst, og i tillegg har hun skyldfølelse og bekymring for hva rusmiddelproblemene har ført til under svangerskapet. De vil derfor ha store vansker med å respondere på og interagere med et tilbaketrukket og irritabelt barn. Den positive bindingen mellom mor og barn vanskeliggjøres i disse tilfellene. Chasnoff (1993) mener da at det ikke kommer som noen overraskelse at man finner en økt forekomst av mishandling og omsorgssvikt blant barn født av mødre med rusmiddelproblemer. Nøkkelproblemet når det gjelder rusmiddelproblemer under svangerskapet mener hun er at misbrukeren tenderer mot å ignorere hele problemet. Svært få av de blivende foreldrene erkjenner at deres rusmiddelproblem har innvirkningen på det ufødte barnet, så man må gi dem opplæring og informasjon om skadevirkningene på en enkel og ikke-dømmende måte. Svangerskap som kompliseres av rusmiddelproblemer bør sees på som høyrisikosvangerskap, som fordrer spesielle svangerskaps- og fødselstiltak.

Chasnoff (smst) hevder at det er vanskelig å jobbe med rusmiddelproblemer siden årsakene som medfører en misbrukerpersonlighet må forstås og rusmiddelmisbruket avbrytes før en intervensjon kan føre frem. Det enkleste ville være om man kunne forutsi alle barn født av mødre med rusmiddelproblemer sine utviklingsavvik, men det ville være en forenkling av problemet og effektene på fosteret, barnet og moren. Dette ville være en årsak-virkning tankegang, men når det gjelder rusmiddelproblemer må man ta i betraktning de sosiale og psykologiske sidene som følger med i tillegg til å oppmuntre til å ikke innta rusmidler (Chasnoff smst)

Omsorgssvikt vil i følge Kempe (1979 i Killèn 1994, s. 14) si at *"foreldrene eller de som har omsorgen for barnet utsetter det for psykiske og/eller fysiske overgrep, forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling står i fare."* Omsorgssvikt kan også være at barnet utsettes for seksuelle overgrep. Eller det kan være det at barnet er i fare på grunn av foreldrenes tilstand, slik som rusmisbruk, alvorlige sinnslidelser og psykisk utviklingshemming. Killèn (smst) hevder at barn

som utsettes for omsorgssvikt ofte kommer til kort på mange arenaer i livet, slik at håpløsheten rundt disse barna øker og blir da mer synlig.

Barn som utsettes for rusmidler i svangerskapet har en høyere risiko for å bli utsatt for overgrep enn andre barn som ikke ble utsatt i svangerskap, hevder Jaudes et al.(1995 i Killèn og Olofsson 2003, s. 70). De former for omsorgssvikt som oppstår i kjølevannet av rusmiddelproblemer opptrer i mindre eller større grad som følge av om rusmidlene benyttes daglig eller sporadisk. Det har vist seg at den opplevelsen barnet har av omsorgssvikten har betydning for utviklingen på lang sikt. Omsorgssvikten utarter seg på forskjellig måte avhengig av foreldrenes rushistorikk, slik at det er forskjeller på om foreldre ble rusavhengig i tenårene eller om de ble det i voksen alder. Har de hatt problemer fra tenårene av så vil foreldrenes følelsesmessige og sosiale utvikling ha gått i stå på et tidlig tidspunkt. Mens de foreldre som har gjennomført utdanning og etablert seg i arbeidslivet vil mest sannsynlig ha bedre foreldrefunksjoner og utviklingsmuligheter (Killèn og Olofsson smst).

Når man skal dokumentere omsorgssvikt fokuserer man ofte på å beskrive hvilke handlinger, som fører til at barnet utsettes for omsorgssvikt. I dette arbeidet er det nødvendig å forstå de prosesser barnet vokser opp under og de mekanismer barna og foreldrene benytter seg av for å overleve (Killèn og Olofsson smst). Det vil derfor være svært viktig å ha kunnskap om de ulike foreldreferdighetene og barns utvikling, for å oppdage omsorgssvikt og kunne gripe inn på et tidlig tidspunkt. Omsorgssvikt er en alvorlig trussel mot barns trygghet og utvikling. Perry o.fl. (1995 i Hansen og Jacobsen 2006, s. 58) har utarbeidet en hypotese om at traumer påført før treårs alderen vil ha en spesiell negativ påvirkning på barns utvikling, siden det på dette alderstinnnet foregår raske endringer i hjernens utvikling. Omsorgssvikt bør derfor oppdages så tidlig som mulig. De barna som utsettes for omsorgssvikt er ifølge Killèn (1994) ikke en ensartet gruppe. Jeg vil derfor nedenfor redegjøre for ulike former for omsorgssvikt. Disse formene for omsorgssvikt er ikke gjensidig utelukkende, det vil si at barn i omsorgssviktsituasjoner ikke nødvendigvis blir utsatt kun for én av disse formene for overgrep. Clausen og Crittenden (1989 i Killèn smst, s. 36) hevder at et

barn som utsettes for fysiske overgrep har ofte allerede blitt utsatt for psykiske overgrep. I samme bok s. 36 viser de til Hobbs og Wyenne (1990) som sier at barn som utsettes for seksuelle overgrep utsettes både for psykiske og fysiske overgrep.

## 6.1 Ulike former for omsorgsvikt

Jeg vil nedenfor ta for meg ulike former for omsorgsvikt:

### 6.1.1 Vanskjøtsel

Barn kan utsettes både for fysisk og psykisk/følelsesmessig vanskjøtsel. Det finnes mange ytre tegn på alvorlig vanskjøtsel av spedbarn, som for eksempel at det er skittent, dårlig stelt og lukter vondt. Et vanskjøttet barns verden preges av at deres behov ikke registreres eller kun stedvis sees og ingen interesserer seg i det eller viser at det er et ønsket barn. Når barnet blir eldre vil dårlig tannhygiene vise at barnet utsettes for vanskjøtsel. Killèn (1994, s. 42) viser til en etterundersøkelse hun gjennomførte i 1981, hvor hun viser at et velskapt og vitalt nyfødt barn i løpet av seks til syv uker med vanskjøtsel kan komme i akutt fare.

Alvorlig vanskjøtsel vil påvirke barnets utvikling på de fleste områder (Killèn smst). Det har vist seg at manglende respondering og understimulering kan medføre en forsinket psykomotorisk utvikling, språkutvikling og dårlig kontaktevne. Legger man inn barnet på sykehus eller plasserer det utenfor hjemmet på et tidlig tidspunkt vil det komme seg bemerkningsverdig hurtig både fysisk og ofte også psykisk. Men endres barnets omsorgssituasjon på et senere tidspunkt kommer de seg fysisk, men ikke alltid psykisk. Det vil si at de psykiske skadene kan vare livet ut, så alvorlig vanskjøtsel er skadelig både for barnets psykiske og fysiske utvikling (Killèn smst). Videre er det slik at det ikke bare er de ekstreme, påførte skadene som kan føre til varige skader. Et eksempel for å belyse dette kan være manglende proteintilførsel til spedbarn, ved at spedbarnet ikke får riktig og næringsrik tilførsel av næring. Dette er svært viktig siden proteiner er nødvendig for hjernens utvikling. Videre er foreldrenes manglende evne

til å søke eller følge opp medisinsk behandling en form for vanskjøtsel som kan ha alvorlige konsekvenser (Killèn smst).

Black og Mayer (1980 i Killèn og Olofsson 2003, s. 71) fant at det i familier med rusmiddelproblemer var flere tilfeller av vanskjøtsel enn fysiske overgrep. De foreldre som enten er påvirket av rus, er deprimerte eller sliter med andre psykiske lidelser vil trekke seg tilbake i sin egen verden, som fører til at de ikke er i stand til et positivt engasjement i sine barn siden de ikke er tilgjengelige. Denne følelsesmessige vanskjøtselen medfører derfor også til fysisk, ernæringsmessig, materiell og medisinsk vanskjøtsel. Black og Mayer viser videre til at om det finnes materielle ressurser kan den følelsesmessige vanskjøtselen være mindre synlig.

Crittenden (1992) mener at den følelsesmessige vanskjøtselen som finner sted helt fra fødselen av trolig er den formen for omsorgssvikt som er mest alvorlig. Hun mener at dette er spesielt skadelig for de barn som fødes sårbare og da vil den følelsesmessige vanskjøtselen ha alvorlige konsekvenser for deres videre utvikling. Det har vist seg at mange barn av rusmisbrukere må ta seg av sine foreldre for å overleve, så de blir det Killèn (1994) kaller ”omsorgsgiveren”. Dette er et tilknytningsmønster som man finner i svært mange familier med rusmiddelproblemer og depresjoner. Barna fungerer da som omsorgsgivere fra tidlig alder og lærer å kjenne sine foreldres behov, men de vet veldig lite om sine egne behov. De har påtatt seg en form for voksenrolle, for å kompensere for foreldrenes unnlatelser. Disse barna må passe på seg selv og ofte også sine foreldre, som medfører at de blir frarøvet sin barndom (Killèn smst).

I kjølvannet av den følelsesmessige vanskjøtselen opptrer også foreldrenes manglende evne til å beskytte sitt barn mot farer<sup>15</sup>. Disse farene vil kunne være ulykker, som det å brenne seg, skade seg under lek og så videre. I noen tilfeller evner foreldrene heller ikke å beskytte barna mot seksuelle overgrep og annen destruktiv atferd i deres nettverk (Killèn og Olofsson 2003).

---

<sup>15</sup> som beskrevet under kapittel 5, om foreldrefunksjoner.

### 6.1.2 Psykiske overgrep

Barn som er følelsesmessig vanskjøttet blir i følge Killèn og Olofsson (2003) utsatt for psykiske overgrep som de vil være dårlig rustet til å hankes med. Foreldre med rusmiddelproblemer er uforutsigbare og dette preger barnets livssituasjon. Disse foreldrene har lav impuls kontroll og vansker med å kontrollere sin atferd. Dette gjør at barna lever med en konstant bekymring for det Killèn og Olofsson (smst) betegner som det ”forutsigbare uforutsigbare”. Dermed er de alltid i beredskap og observerer foreldrenes atferdsendringer, slik at de kan tilpasse seg for å overleve. Bowlby (1960b i Killèn og Olofsson smst, s. 73) hevder at det alvorligste psykiske overgrepet et barn kan utsettes for er å miste eller trusselen om å miste sin tilknytningsperson. I familier med rusmiddelproblemer er denne trusselen vevet inn i hele deres oppvekst. Disse bekymringene for hvordan omsorgspersonene er og om de vil leve preger store deler av barnets daglige liv.

Killèn (1994) hevder at psykiske overgrep er den vanskeligst definerbare formen for overgrep. Hun definerer psykisk overgrep som en kronisk holdning eller handling av omsorgsgiver som er ødeleggende eller hindrer barnet i å utvikle et positivt selvbilde. Denne formen for overgrep vil si et vedvarende, kronisk atferdsmønster ovenfor barnet, som dermed blir et dominerende trekk ved barnets liv. Skadene er ikke synlige, men kan være svært ødeleggende. Dermed kan man si at både følelsesmessig vanskjøtsel og psykiske overgrep ikke kun er med på å påvirke barns daglige opplevelser og liv, men det virker også inn på deres intellektuelle utvikling. (Killèn og Olofsson 2003).

Barna utsettes for ulike typer av psykiske overgrep, men i praksis går disse typene over i hverandre. Men jeg vil som Killèn (1994) beskrive de hver for seg for å beskrive hva psykisk overgrep kan være:

1) Barn som oppleves negativt av sine foreldre er en gruppe som tillegges negative egenskaper. Disse barna opplever å bli avvist eller utsatt for ulike former for undertrykkelse, slik at de tidlig oppfatter at det er noe ”galt med dem”. 2) En annen

gruppe er barn som utsettes for overgrep av både foreldre og søsken, som betegnes som "askepottsyndromet". De kan også bli utsatt for terrorisering ved trusler om straff og om å gå fra barnet eller sende det bort. Disse truslene knyttes til en hard og rigid form for disiplinering. Dette medfører angst og aggresjon i barnet, som de har vanskeligheter med å håndtere. Jeg viser i den forbindelse til Bowlby, som hevdet at trussel om atskillelse kan oppleves som mer skadelig enn en reel atskillelse. 3) Barn som lever i familier hvor foreldrenes samliv bærer preg av hat, fiendtlighet og ofte vold er en annen gruppe. Barna lever med angst og bruker sine krefter på å ta vare på seg selv og ironisk nok sine foreldre. De tvinges til å påta seg et ansvar de ofte ikke er modne for. Dette ansvaret medfører at de har lite krefter og glede til å investere i lek, samvær med jevnaldrende og læring. Identifikasjonsmulighetene disse barna har i sin familie er kun til den som utsetter andre for overgrep og til de som underkaster seg. Barnas identitetsproblemer når det gjelder opplevelse av egenverd og seksuell tilknytning kan man se mange år senere. Det viser seg at de barn som ikke ble fanget opp av barnevernet blir ofte fanget opp i voksenpsykiatrien, på krisesentre og politiavhør (Killèn 1994). 4) Barn av rusmiddelbrukere utsettes også for psykiske overgrep, ved at de voksne er så opptatt med sin egen verden, behov og problemer at barnets og deres behov ikke blir sett. Dermed utsetter de barna for situasjoner som er angstfylte og ustabile, som barnet ikke har mulighet til å forstå eller forutse. Foreldrene har ikke kontroll og styring på seg selv, slik at de langt fra kan ta vare på et barn. I de tilfeller hvor det har vært et langvarig og hardnakket misbruk bærer familien preg av dette, ved at de enten er isolerte eller ved at familiens sosiale nettverk er like belastet. Misbruket fører med seg en rekke stressfaktorer, slik som økonomiske problemer, boligproblemer og samlivsproblemer iblandet vold. Det er dyrt å være misbruker og dermed vil innbrudd, ran og prostitusjon være måter å få penger. Barnet blir på grunn av denne livsformen skjøvet i bakgrunnen. Barnet lever med en konstant angst for hva som kommer til å skje med foreldrene, siden de hele tiden må være forberedt på at foreldrenes atferd kan endres. Videre benytter rusmiddelbrukeren seg av benektungs- og projiseringsmekanismer i stor grad. Barnet opplever benektungsmechanismen som svært forstyrrende, for det forkludrer deres forsøk på å forstå og orientere seg. Dette gjør det vanskelig for barnet å utvikle sin

persepsjonsevne. Projiseringen over på barnet kan føre til at de opplever at de er ansvarlige for foreldrenes oppførsel, slik at de opplever seg som skyldige. Videre kan den sosiale skammen være tung for barnet å bære. 5) En gruppe barn som utsettes for psykisk overgrep betegnes som "Non-organic failure to thrive", NOFTT, som er et syndrom. Dette er barn som får tilstrekkelig fysisk omsorg, men forsømmes psykisk eller belastes på en måte som fører til vantrivsel eller manglende vektøkning. Det er snakk om fravær eller alvorlige forstyrrelser i samspillet mellom foreldrene og barnet. Foreldrene kan være uten de grunnleggende ferdighetene og kunnskapene i foreldrerollen, men det kan også komme av kompliserte tilknytningsforhold. Killèn (1994) viser videre til at det er usikkerhet rundt hvilke mekanismer som medfører veksthemming. Forklaringer på dette kan være at barnet spiser, men på grunn av det følelsesmessige klima i familien og barnets psykiske tilstand hindrer at det gjør nytte av maten. En annen forklaring kan være at barnet på grunn av kvaliteten på omsorgen og kontakten med foreldrene mister appetitten. Det som signaliseres klart ved NOFTT er at foreldrene er utilstrekkelige i forhold til å ivareta normale funksjoner, slik som å sikre barnet mat, hvile, stimulering og beskyttelse. Varer NOFTT over lang tid kan det føre til permanente skader på fysisk vekst og på alle sider ved barnets utvikling. I ytterste konsekvens kan barnet dø hvis det ikke behandles. Det har også vist seg at barn med NOFTT har høyere risiko for å bli utsatt for fysiske overgrep.

Det har vist seg at det er høy sannsynlighet for at psykiske overgrep er forløper for og en del av andre former for overgrep. Killèn (1994) hevder at psykiske overgrep identifiseres sjeldent før barnet har utviklet alvorlige psykiske problemer. Psykiske overgrep skiller seg fra de fysiske overgrepene ved at barnet ikke alltid er klar over at det blir utsatt for overgrep og overgriperen er heller ikke alltid klar over at han utsetter barnet for overgrep.

### **6.1.3 Fysiske overgrep**

Barn som utsettes for fysiske overgrep er barn som skades av aktiv handling eller ved unnlatelse, som for eksempel ved mangel på tilsyn. De vanligste tegn på påført skade

er blåmerker og brannsar. Blåmerkene ser ofte ut som de små barn får i bevegelse og lek, men plasseringen av skaden, barnets alder og forklaringen på hvordan skaden oppsto kan vitne om at den er påført. Disse synlige tegn får voksnes oppmerksomhet og vi blir svært opptatt av disse kjennetegnene. Barnets smerte, angst, hjelpeløshet og fortvilelse, barnets opplevelse av en voksen uten kontroll og som påfører de fysiske skader ser vi derimot ikke så lett. Denne opplevelsen sitter disse barna med selv og ofte alene, så det er blant annet dette som fører til de psykiske skadene. De psykiske skadene kan som sagt tidligere i et lengre tidsperspektiv være av langt mer alvorlig og varig karakter enn de fysiske sårene. Fysiske overgrep kompliseres ekstra ved at de alvorligste fysiske skadene ikke alltid har noen synlige tegn, slik som at et spedbarn ristes kraftig. Disse skadene vil komme tilsyne seinere og ikke i direkte tilknytning til overgrepet, slik at skaden ikke uten videre forbindes med tidligere påførte fysiske skader (Killèn 1994).

Aggresjon vil på ulike måter virke inn på foreldrefunksjonene og vil kunne medføre både fysiske og psykiske overgrep. Rusmiddelbruk vil påvirke hvordan foreldre hantes med sin aggresjon. Killèn og Olofsson (2003) viser i denne sammenhengen til at det er dokumentert økt vold i familier hvor den ene eller begge parter er rusmiddelavhengige. De henviser til undersøkelser som har vist at mødre som er rusmiddelavhengige tenderer til å benytte seg av autoritære disiplinerende oppdragelsesmetoder, som igjen forsterker barnas negative oppmerksomhetssøkende atferd. Dette vil igjen føre til en økt sannsynlighet for både psykiske og fysiske overgrep. De rusmiddelavhengige kvinnene som utsetter sine barn for fysiske overgrep preges av en lav frustrasjonstoleranse, alvorlige depresjoner, vansker med å oppleve glede og mistolker sine barns behov og evner. (Killèn og Olofsson smst).

De fysiske tegnene på skade blir borte, men barnet lever videre med angsten for nye overgrep. Barnet utvikler dermed en mistillit til omverdenen, siden den følelsesmessige atmosfæren i hjemmet og foreldrenes holdninger som gjorde overgrepene mulig fortsatt er de samme. Ifølge Killèn (1994) likner de til forveksling på de forhold barn som utsettes for psykiske overgrep lever under. Disse barna



opplever seg som dårlige mennesker og forventer å bli avvist. Barna vil på ulike nivå av bevissthet og planmessighet mestre å leve i og med sin groteske livssituasjon, ved å utvikle ulike overlevelsestrategier. Det er altså slik at de fysiske skadene er som oftest forbigående selv om de er vonde og grufulle. Det er den psykiske skaden og det følelsesmessige klima disse overgrepene skjer under som er av en gjennomgripende og langvarig karakter. Derfor mener Killèn (smst) at vi må rette oppmerksomheten mot dette. Clausen og Crittenden (1991) viser til at psykiske overgrep var tilstede i så og si alle fysiske overgrep. Det er ofte slik at man betrakter overgrep som avgrensede handlinger, men Killèn (1994) mener at det ikke oppleves slik for det utsatte barnet. Det er de følelsesmessige prosessene, som omhandler barnets opplevelse av overgrepet og av seg selv, hva de har gjort for å ha det slik og hvordan de kan oppføre seg for å ikke frembringe foreldrenes raseri. Det er slik at familiens grad av patologi ikke blir bestemt ut fra det omfanget skaden gir, siden resultatet av skaden kan skyldes tilfeldigheter. Man har en tilbøyelighet til å fokusere på skadens omfang og mindre på situasjonen hvor skaden fant sted. Dette vil forhindre en klar utredning av familiesituasjonen hvor skaden inntraff, slik at foreldrenes potensial og begrensninger som omsorgspersoner blir dårlig vurdert (Killèn smst).

#### **6.1.4 Seksuelle overgrep**

Barn som utsettes for seksuelle overgrep er barn som utsettes for seksuell aktivitet med voksne omsorgspersoner, som de ikke er modne for verken emosjonelt eller seksuelt. I tillegg er de ikke kapable til å forstå og ane rekkevidden av disse handlingene, slik at de ikke er i stand til å gi informert samtykke til å ta del og dette går på tvers av familierollens tabu. Barnet blir i disse tilfellene benyttet til å dekke den voksnes seksuelle behov. Killèn (1994) viser til at det er stor sannsynlighet for at det er en sammenheng mellom grad av traume og den maktesløshet barnet opplever. Det hemmelige ved overgrepet og barnets sårbarhet presser barnet til taushet, som igjen medfører at overgrepene strekker seg over en årrekke. Etter hvert føler barnet seg skyldig og medansvarlig for at disse overgrepene finner sted, slik at de legger masse

krefter i å holde aktiviteten de har blitt trukket inn og fått ansvar for skjult. Dermed blir eksponeringen farligere enn selve overgrepssituasjonen (Killèn smst).

Rusmiddelproblemer reduserer våre hemninger og evne til å sette grenser, slik at risikoen for seksuelle overgrep øker. Barn kan også bli involvert i prostitusjon og pornografi når de vokser opp i familier med rusmiddelproblemer. Barna har da kjennskap til og har ofte også vært vitne til mors prostitusjon. Det finnes få studier som har fokusert spesielt på sammenhengen mellom rus og seksuelle overgrep. Dette kan ha en sammenheng med at dette er et tema som er svært ubehagelig og derfor unnlater man å jobbe med denne problemstillingen. Det er svært vondt å møte og se små barn som blir utsatt for seksuelle overgrep og mange ganger har man vanskelig for å tro at det kan finne sted (Killèn og Olofsson 2003). Killèn (1994) viser til at undersøkelser har kommet til at alkohol har vært en faktor ved fysiske og seksuelle overgrep. Alkohol tar bort den kontrollen man vanligvis har som forhindrer overgrep. Disse barna har også en forhøyet risiko for å bli utsatt for omsorgssvikt i svangerskapet, spesielt dreier det seg om skader fra alkoholinntak. Clausen og Crittenden (1991) påpeker at i familier hvor seksuelle overgrep har funnet sted, så har det tidligere funnet sted følelsesmessig vanskjøtsel og psykiske overgrep.

### **6.1.5 Samfunnets omsorgssvikt**

Killèn og Olofsson (2003) mener at barn av foreldre med rusmiddelproblemer ikke bare utsettes for overgrep og vanskjøtsel av sine foreldre, men også fra samfunnet og hjelpeapparatet sin side. Denne vanskjøtelsen er vår manglende evne til å alltid ha fokus på barn og foreldres behov, ved å gi kontinuerlig omsorg og ansvarlig undersøkelse, vurdering, hjelp, støtte og oppfølging.

Samfunnets overgrep har sin bakgrunn i den holdningen som ofte er knyttet til rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Denne holdningen går ut på at barn erfarer at man ser på deres foreldre som dårlige mennesker, som det er noe galt med. Dette er altså et tabubelagt område. Det snakkes svært sjeldent med barnet om rusmiddelproblemet og barnet er ofte pålagt å ikke snakke om hva som skjer hjemme.

Dermed vil barnet ikke få mulighet eller hjelp til å bearbeide det som er vanskelig. Barnet utsettes for en passiv omsorgssvikt, hvor de ikke får hjelp eller at hjelpen kommer altfor sent. (Killèn og Olofsson smst).

Et annet overgrep fra samfunnet er de sanksjoner som settes inn ovenfor de rusmiddelavhengige foreldrene, slik som fengsling og da ofte under isolasjon. Dette medfører at barnet uansett tilknytning og alder vil oppleve at omsorgspersonen vil plutselig forsvinne. Barna lever da i en konstant frykt for at foreldrene blir borte, som er det verst tenkelige et barn kan oppleve (jfr. Bowlby). Disse foreldrene går ofte inn og ut av fengslene, slik at barna utsettes for gjentatte plasseringer på barneverninstitusjoner som de i følge Backe-Hansen (1995) og Olofsson et al. (1983 i Killèn og Olofsson 2003, s. 78) sjelden får mulighet til å bearbeide.

### **6.1.6 Omsorgssvikt i fosterlivet**

Når den gravide inntar rusmidler, så vil fosteret utsettes for den samme rusen som mødrene. Dette kan også betegne som en form for omsorgssvikt ved at fosteret får abstinenser og utsettes for stor fare. Hvordan kan dette stoppes/forebygges? Vil metadon være en løsning? Barn som fødes av mødre på metadon får også abstinenser, men under svangerskapet utsettes de ikke for ulike rusmidler og abstinenser i fosterlivet. Dette er svært omdiskutert i Norge i dag, men forskningen på verdensbasis mener at metadon er bedre enn illegale rusmidler for fosteret. Overlege ved Familieambulatoriet i København, May Olofsson sa at ut fra forskning vi kjenner i dag anbefales metadon til gravide rusmisbrukere (kurs i regi av Voksne for barn den 02.10.06). Hun mener at metadon vil være bedre for fosteret enn at mor bruker illegale stoffer og utsetter seg selv og fosteret for abstinenser og en usunn livsstil. Det er det å bli ruset og for deretter å få abstinenser, som ifølge Olofsson utsetter fosteret for fare. Derfor mener hun at metadon er bedre for både mor og barn siden mor får en tilpasset dose, slik at hun verken blir ruset eller får abstinenser. Dette er et omdiskutert tema og det pågår forskning på hvordan det går med disse ”metadonbarna”.

I første rekke er det av avgjørende betydning for disse barnas utvikling at noen ser det ufødte barnet og hjelper det. Hvem har ansvaret for å passe på det ufødte barnet så det ikke utsettes for fare? Dette er et stort og interessant tema. Det er en juridisk diskusjon, som jeg har gått litt inni i kapittel 3. Men som skrevet tidligere er det den såkalte tvangsparagrafen i sosialtjenesteloven hvor det ufødte barn blir vernet ved at den gravide rusmisbrukeren blir tvangsinnlagt på institusjon.

## 6.2 Barnets reaksjonsmåter i omsorgssviktsituasjoner

Forskning Killèn og Olofsson (2003) trekker frem viser til at barn som har hatt det vanskelig, ofte blir vanskelige. Dette mener de kan forebygges ved tidlig innsats. Videre mener de at barn som utsettes for omsorgsvikt og klarer seg noenlunde bra har hatt en tilknytning utenfor familien, og i tillegg fått hjelp til å bearbeide eget forhold til deres belastede livssituasjon.

Jeg vil nedenfor beskrive hvordan barnet har det i disse omsorgssviktsituasjonene gjennom å ta for meg egenskaper ved barnet som virker inn på og påvirkes av omsorgssvikt. Deretter tar jeg for meg barnets reaksjoner og opplevelser av omsorgssvikt, som inkluderer de kriser og traumer omsorgssvikt medfører. Derne ser jeg på hvordan barnet på ulikt vis prøver å bearbeide og mestre en slik situasjon, altså de overlevelsesstrategier barna benytter ovenfor foreldrene og samfunnet.

### 6.2.1 Egenskaper ved barnet

Det har vist seg at det er temperamentsmessige forskjeller blant barn og disse kan dokumenteres helt fra barnet er nyfødt. Thomas et al. (1968 i Killèn 1994, s. 110) har kategorisert barns temperamentsmessige forskjeller i tre kategorier: det vanskelige barnet ("the difficult child"), barn som det tar litt tid "å varme opp"/det sjenerte barnet ("the slow to warm child") og det "lette" barnet ("the easy child"). Foreldrene til de barn som er "lette" opplever seg selv som gode foreldre, som gir de tro på at det skal gå bra. Dette er med på å støtte opp under barnets tilknytningsadferd og mestring, som

igjen legger grunnlaget for en trygg tilknytning. Foreldrenes selvfølelse styrkes og det settes i gang en god sirkel. Når barnet oppleves ”vanskelig” vil foreldrene streve med å dekke barnets behov og et godt samspill blir vanskelig å få til. Foreldrene opplever å komme til kort og dette kan føre til en ond sirkel. På en annen side kan foreldrene være i stand til å møte det ”vanskelige” barnet på en måte som avverger en dårlig utvikling. Det har vist seg at med sensitive mødre utvikler også de fleste vanskelige barn seg positivt. Ser vi på de potensielt lette barna, så vil usensitiv omsorg føre til at de utvikler seg dårlig. Det kan da tyde på at et godt temperament vil fungere som en form for vaksine mot psykososiale belastninger<sup>16</sup>, siden de barn som beskrives som motstandsdyktige var spedbarn som var lette å ha med å gjøre (Killèn smst).

Det har vist seg at det å være et prematurt barn er en risikofaktor for overgrep i de situasjoner hvor foreldrene har en lavere toleranse for frustrasjon (Killèn 1994). Dette kan være foreldre med psykisk utviklingshemming, umodenhet, rusmisbruk eller sterk psykisk belastning. Videre har det også vist seg at både psykiske og fysiske funksjonshemninger hos barnet kan være utløsende faktor i fysiske overgrepssituasjoner. Dette gjelder spesielt funksjonshemninger som medfører manglende reaksjoner fra barnet eller reaksjoner som fører til frustrasjon hos foreldrene (Killèn smst). Barn eksponert for rusmidler i svangerskapet er ofte premature og de kan ha ulike former for funksjonshemminger<sup>17</sup>. Derfor kan det tyde på at de ruseksponerte barna er spesielt utsatt for overgrep, både på grunn av risikofaktorer ved seg selv og i tillegg det at foreldrene har lav frustrasjonsterskel, og er lite sensitive siden de ruser seg.

---

<sup>16</sup> Denne vaksinen kan sammenliknes med beskyttelsesfaktorer beskrevet i kapittel 1.

<sup>17</sup> Mer om dette i kapittel 4.

---

### 6.2.2 Barnets reaksjoner, bearbeidelse, mestring og overlevelsesstrategier

Barnet utvikler tillit eller mistillit til omverdenen på grunnlag av hvordan deres grunnleggende behov dekkes. I de tilfeller hvor barn lever i omsorgssviktsituasjoner de første leveårene vil de utvikle utrygg tilknytning til sine foreldre og vanskeligheter med å opprette tillit til andre mennesker. De vil etter hvert utvikle et negativt bilde av seg selv og verden. Barnet tilpasser seg miljøet gjennom vekst og læring, hvor de tilpasser seg selv og får miljøet til å tilpasse seg. I de tilfeller hvor miljøet ikke lar seg tilpasse, slik som i omsorgssviktsituasjoner, må barnet tilpasse seg. Dette medfører at barnet bruker sine krefter på å tilpasse seg sin omsorgssviktsituasjon. Sørger ikke barnets miljø for modning eller at det er vedvarende og store belastninger i miljøet så vanskeliggjøres barnets modningsprosess (Killèn 1994).

De grunnleggende behovene hos barnet dekkes ikke i en omsorgssviktsituasjon, så det skapes i følge Killèn (smst) avhengighetsproblemer. Dette viser seg ved enten *åpen avhengighet* eller *forsvarspreget uavhengighet*. Åpen avhengighet kommer til uttrykk gjennom en angstfylt klenging, konstant initiativ til fysisk kontakt, oppmerksomhetssøkende atferd, ønske om å eie eller kontrollere andre og hele tiden prøve å behage og bli godtatt av foreldrene og andre voksne. På tross av disse forsøkene vil disse barna ikke være i stand til å tåle nærhet med andre voksne, siden de har lært avvisning og ikke gjensidighet. Barnet har ikke mot til å bli avvist igjen og kan da vise en forsvarspreget uavhengighet, som vil si en overdimensjonert uavhengighet og følelsesmessig tilbaketrekking fra både sine foreldre og andre voksne. Barnet utstråler da en kald og hard holdning, hvor det øyensynlig ikke bryr seg om noen. Men under disse reaksjonsmåtene ligger det en lengsel etter omsorgspersoner som kan gi de tryggheter og anerkjennelse (Killèn smst).

Killèn (smst) mener at den depresjon barnet opplever under en omsorgssviktsituasjon kan sammenliknes for et barn med hvordan det er å skilles fra sine foreldre. Barnas reaksjoner går over tre faser: protest, fortvilelse og benekning. Det lille barnet bruker skriket som en protest, slik at det skriker seg blå og rister. Deretter går det over i

---

fortvilte hulk, som etter hvert blir resignerte hikst hvis omsorgspersonen ikke kommer tilbake. Fornektelsen overtar hvis omsorgspersonen ikke vender tilbake. Det er normalt for et lite barn å ta i bruk fornektning som forsvar mot ubehagelige hendelser og overveldende følelser.

### **6.2.3 Hvilket hjelpebehov har disse barna og hvordan rekruttere dem?**

Ser vi på alle disse formene for overgrep som er beskrevet ovenfor, så ser vi til at de varierer i omfang (Killèn 1994). Men hun mener på tross av denne variasjonen å ha funnet noen elementer som er felles for overgrepene. Det er for det første mangel på erkjennelse av respekt for barnets behov og sette barnets behov før sine egne. For det andre trekker hun frem å ha et sterkt og irrasjonelt engasjement i barnet.

Hensiktsmessig hjelp må derfor gis ut fra en grundig helhetsvurdering av barnet og deres behov, som er felles for alle former for overgrep (Killèn smst).

Spørsmålet er om vi ser foreldre-barn relasjoner i omsorgsviktsituasjoner? Killèn og Olofsson (2003) mener at de profesjonelle som treffer disse familiene ikke ser dem godt nok og at de lukker øyne for omsorgsviktsituasjonen. De profesjonelle beskytter seg for å slippe å erkjenne ”det onde” og det som oppleves vondt. Dette gjøres fordi det er så vanskelig å hankses med en slik situasjon. Ut fra undersøkelser (Killèn og Olofsson smst) viser det seg at de profesjonelle tar i bruk ulike strategier for å beskytte seg når de møter familier i omsorgsviktsituasjoner. Strategiene de benytter seg av er overidentifisering, benekting, bagatellisering, distansering, bruk av drømmeløsninger og forenkling. Det Killèn og Olofsson (smst) hevder er det avgjørende for at de profesjonelle skal se risikofamiliene godt nok er å tørre å se dem.

Det vil ut fra dette være avgjørende for å kunne hjelpe disse barna å kartlegge det enkelte barn og deres behov. Men for å kunne kartlegge må vi komme i kontakt med disse barna, og det å tørre å se dem er derfor svært viktig. Solbakken og Lauritzen (2006) viser hvordan man kan komme i kontakt med disse barna og hvilke behov av hjelp barna har. De trekker frem to forhold som er betydningsfulle for barnas

hjelpebehov og for rekruttering til tiltak. Disse forholdene er for det første om foreldrenes rusmiddelproblem er kjent og for det andre om barna viser synlige tegn til mistilpasning. Disse to variablene gjør at man kan dele barna inn i fire grupper, som stiller oss ovenfor ulike utfordringer i forhold til den hjelp barna har behov av og hvordan rekruttere dem:

<b>Foreldre Barn</b>	<b>Rusmiddelproblemet er kjent</b>	<b>Rusmiddelproblemet er ikke kjent</b>
<b>Tegn til mistilpasning</b>	<b>A</b>	<b>B</b>
<b>Ikke tegn til mistilpasning</b>	<b>C</b>	<b>D</b>

Tabell 1: Fire grupper barn av foreldre med rusmiddelproblemer, i Solbakken og Lauritzen (2006, s 16).

Gruppe A barna er lettest å identifisere, siden omgivelsene rundt familien er klar over foreldrenes rusmiddelproblemer og barna viser åpenbare tegn på mistilpasning. Barna viser for eksempel en atferd preget av utagering eller tilbaketrekking og depresjon. Barnas behov av hjelp er derfor åpenbar og ofte sammensatt. Hjelpen til disse barna kan være av ulik karakter: Det kan være slik at barnets omsorgssituasjon kan være så dårlig at man må sette inn støttetiltak, det er også tenkelig med omsorgsovertakelse hvis man ikke kan oppnå god nok omsorg i hjemmet. Omsorgsovertakelse avhenger av om det finnes andre voksne som kan kompensere for den manglende omsorgsevnen til den rusmiddelavhengige. En annen form for hjelp kan bestå av at barnet selv kan ha behov for behandling eller annen hjelp for sine psykiatriske og/eller atferdsvansker, som de har utviklet på grunn av sine foreldres rusmisbruk. Vanskene barna utvikler kan medføre vansker med å følge med i skolens forventede progresjon, som kan medføre behov for tilpasset undervisning eller spesialpedagogisk tiltak. Utfordringen i disse tilfellene er å få til et konstruktivt samarbeid med familien i å finne tilpassede hjelpetiltak for hele familien og eventuelt ta avgjørelsen om omsorgsovertakelse. Denne gruppen barn kommer i kontakt med hjelpeapparatet gjennom både sine egne



vansker og gjennom foreldrenes kontakt med helsevesen eller sosialtjenesten (Solbakken og Lauritzen 2006).

Barn i gruppe B viser også mistilpasning, slik at deres hjelpebehov kan sammenfalle med gruppe A. Men i denne gruppen er ikke foreldrenes rusmiddelproblemer og hvilke konsekvenser dette har for barnas dagligliv kjent, slik at man behandler barnas symptomer uten å komme i posisjon til å påvirke rusmiddelproblemenes bakenforliggende årsak til vanskene. Utfordringen i disse tilfellene vil være å identifisere foreldrenes rusmiddelproblemer og rusrelaterte samspill i familien, slik at man kan innrette hjelpetiltakene etter dette. Foreldrene vil kunne motsette seg kontakt med hjelpeapparatet, siden noen foreldre vil være defensive eller benektende til at det finnes problemer i familien (Solbakken og Lauritzen 2006).

I gruppe C vil det komme til syne andre utfordringer, ved at man vet om foreldrenes rusmiddelproblemer uten at synlige tegn på misstilpasning vises hos barnet. Barna fremstår som upåfallende eller som ekstra ressurssterke og tilpasningsdyktige. Dermed vil man ut fra barnas funksjonsnivå ikke se noe behov for spesielle hjelpetiltak. Ser man på hva Hansen (1990) og Sundfær (1999) sier om barn av foreldre med rusmiddelproblemer, så viser de til at barna kan utvikle mestringsstrategier som fører til at de ytre sett fremstår som veltilpassede og godt fungerende. Det viser seg at barn av foreldre som ikke mestrer omsorgsoppgavene godt nok kompenserer for dette gjennom å påta seg rollen som voksen og ansvarlig, slik at det er de som organiserer og ordner opp. Winston (2003) betegner disse barna som de parentifiserte barna. Disse barna fremstår som velfungerende, men kan slite med vansker av emosjonell og kognitiv art. På tross av at det ikke gir seg utslag i synlige problemer hos barnet, så kan det i følge Hansen (1992) medføre en større sårbarhet for å utvikle psykiske lidelser som angst og depresjon i voksen alder. Ser man på prospektive oppfølgingsstudier av barn av rusmiddelmisbrukende mødre, så viser det seg at deres symptombilder og funksjonsvansker kan forandre seg betydelig i både positiv og negativ retning gjennom barne- og ungdomsårene (Moe og Slinning, 2002). Det viser seg at det er av stor betydning at hjelpeapparatet er oppmerksomme på de belastninger

det medfører å leve med et rusmiddelmissbruk i familien og på de mestringsstrategiene barnet tar i bruk, og hvordan disse kan bli dysfunksjonelle. Resilience-forskningen de senere årene har gitt oss et nyansert bilde av risiko for utvikling av problematferd under belastende livssituasjoner (Solbakken og Lauritzen 2006).

De barna som er vanskelige å identifisere og rekruttere til hjelpetiltak finner vi i gruppe D. I disse tilfellene er man avhengig av at barnet selv beskriver sine vansker, eller oppsøker hjelpeapparatet selv. Men personer som står nær barnet privat eller helsestasjon, barnehage og skole kan se tegn hos barnet som utløser en bekymring. I de fleste tilfeller eksisterer det nok synlige tegn på at noe er galt bare man legger merke til de vage tegnene. Disse tegnene er de som gir deg en følelse av uro uten at man umiddelbart kan identifisere og sette ord på hva som frembringer den (Solbakken og Lauritzen 2006).

Fagmiljøene har i følge Solbakken og Lauritzen (2006) en utbredt erkjennelse av at det er av avgjørende betydning for disse barna å gi de støttetiltak, slik at problemutvikling forebygges. Barn som har levd med rusmiddelmissbrukende foreldre har i ettertid spurt om hvorfor ingen har sett dem og hjulpet dem? Derfor er det viktig at slektninger, naboer, lærere og andre tar følelsen av uro på alvor og dermed ville sannsynligvis mange flere barn blitt lagt merke til. Videre er det viktig at støttetiltak gjøres kjent og tilrettelegges slik at barna selv kan ta kontakt og benytte seg av hjelpetilbudene.

De ufødte barna av mødre med rusmiddelproblemer er en gruppe som ikke favnes av noen av disse fire kategoriene i denne tabellen. Mødrenes vansker kan også i disse tilfellene være både kjente og ukjente. I disse tilfellene er den første utfordringen å identifisere disse familiene, og det forebyggende arbeidet kan da deles i to faser. Det første er å hindre inntak av rusmidler i svangerskapet og dermed skader på fosteret, og i tillegg å forberede til fødsel. Neste fase vil være oppfølging av familien etter fødsel, slik at man sikrer en tilfredsstillende omsorgssituasjon for barnet. Lykkes man ikke med å hindre prenatal rusmiddeleksponering kan det medføre rusrelaterte skader hos barnet etter fødsel (Solbakken og Lauritzen 2006).

## 7. Aline barnevernsenter

Aline er en akutt- og utredningsinstitusjon bestående av en familieavdeling og en beredskapshjemavdeling<sup>18</sup>. Hovedoppgavene til senteret er å gi et akutttilbud til foreldre og barn, utredning, barselplasser, intensivhjelp til barn og foreldre, omsorgs- og behandlingsplasser og fosterhjemsrekruttering. Målgruppen er familier med sped- og småbarn i alderen 0-3 år hvor det er knyttet bekymring til barnets omsorgssituasjon og/eller deres utviklingsstatus. Dette kan være familier med enkelte eller flere psykososiale belastninger, slik som rusmisbruk, psykiatriske lidelser, psykisk utviklingshemming, mishandlingsproblematikk eller akutte/kroniske krisesituasjoner. Inntakene hjemles i Lov om barneverntjenester, primært § 4-4, 5. ledd og § 4-6, 1. eller 2. ledd. Aline har to mål: for det første skal det være et akutt tilbud til sped- og småbarn og deres familier, som er lett tilgjengelig og som gir støtte. For det andre skal de gi utredning, hjelp og oppfølging av barn og familier som oppleves meningsfylt og gir bedre psykisk og fysisk helse til barnet. Utredningen av familiene skal ha følgende fokus:

- Barnets fungering og omsorgsbehov
- Samspillet mellom barnet og foreldrene
- Foreldrenes omsorgskompetanse
- Utredning av familiens livssituasjon
- Hvordan foreldrene nyttiggjør seg råd og veiledning
- Vurdering og anbefaling av eventuelle tiltak

---

<sup>18</sup> Det følgende som er skrevet om Aline og deres utredningsarbeid av sped- og småbarn er basert på skriftlig materiale fra Aline. Materialet består av et vedlegg til søknadsskjema for godkjenning av barnevernsinstitusjon og det Grelland (2001) har skrevet om metodevalg i utrednings- og endringsarbeid, som jeg har fått tillatelse av Aline til å bruke.

## 7.1 Familiene som søkes inn på Aline barnevernsenter

Familiene som søkes inn er ofte familier som barneverntjenesten ikke mestrer å utrede eller hjelpe. Derfor er sårbarheten hos både familien og barneverntjenesten stor, og ofte kan det oppstå fortvilelse og oppgitthet hos begge parter. De fleste familiene kommer med et sterkt press fra barnevernstjenesten om å gjennomføre en utredning. Familiene er som oftest kjent med barnevernet fra tidligere, enten gjennom at de selv har vært barnevernsklienter eller at barnevernet har overtatt omsorgen for eldre barn.

Erfaringer Aline har gjort seg viser at måten familiene blir møtt på kan vise seg å bli avgjørende for hvordan samarbeidet vil bli. Når det kommer familier som har vært under barnevernet i en periode ser Aline det som viktig å tydeliggjøre de ulike hjelpernes roller og arbeide med enkelte ting av gangen. Familiene har ofte opplevd å få råd og veiledning fra flere instanser samtidig noe, som medfører usikkerhet i familien angående hvordan de skal eller bør forholde seg til sine barn og egen livssituasjon.

Utgangspunktet for arbeidet med familien vil ofte være en uttalt bekymring for barnets trivsel og omsorgssituasjon. Aline befinner seg i gråsonen mellom behandling på den ene siden og sosial kontroll på den andre. I denne gråsonen er det ofte grunn til bekymring, men det finnes kanskje ikke grunnlag for å sette inn tvangsmessige tiltak. Det er her familieavdelingen kommer inn for å utrede den videre skjebnen til det enkelte barn og familie. Familiene som er under utredning har ofte mottatt annen hjelp uten synlige eller åpenbare resultater. Det hersker også tvil om familiens motivasjon og nettverkets muligheter til å gi barnet hensiktsmessige utviklingsbetingelser. Det er også et tidspress ved at det stilles spørsmål om hvor lenge barnet kan vente på en bedret oppvekstsituasjon. Familiens situasjon kan også være preget av trusselen om mer alvorlige tiltak, for eksempel omsorgsovertakelse. Det er ofte et spørsmål om familiens omsorgskompetanse, ved at det er usikkert om de noen gang vil bli gode nok. Foreldrene er eksperter på sine egne barn, men samtidig er det de profesjonelle som har den avgjørende overveielser om hva som er tilstrekkelig omsorgskompetanse for det enkelte barnet.

---

## 7.2 Idègrunnlag og faglig tilnærming

Arbeidet ved Aline bygger på tenkemåter som befinner seg i skjæringspunktet mellom en ressursorientert arbeidsmåte og at barnets beste blir satt i fokus. De utfører det NOU 1995:23 på side 34 betegner som barnefaglig sakkyndighetsarbeid:

*”Familiens evne til positiv endring, dvs. systemets evne til å korrigere seg selv eller la seg korrigere i ønsket retning dersom det er påkrevd. Hele tiden må det holdes opp mot barnets utviklingsbehov her og nå og på lang sikt.”*

Dette viser til at utredningsarbeid og hjelp til å styrke foreldrefunksjonene ofte er flettet inn i hverandre og foregår som parallelle prosesser. Aline mener at familiesystemer endrer seg i forhold til hvilke rammebetingelser de lever under og at det er avgjørende at endringer skjer raskt siden de jobber med nyfødte.

I de familiene som utredes ved Aline vil barnet bli observert i et bortimot naturlig miljø sammen med sine foreldre. Målsetningen med et utredningsopphold vil være å skape kvalitativt nye og forbedrede relasjoner mellom barnet og foreldrene og mellom foreldrene. Dette vil igjen være med på å skape situasjoner som vil styrke barnets kompetanse og være utviklingsfremmende. Det er viktig å kartlegge foreldrenes holdninger til barnas behov og avdekke om de er åpne for å motta råd. Det viser seg ved flere anledninger at råd og veiledning fra utrederne oppleves av foreldrene som en trussel og ikke som hjelp. Derfor er det nødvendig at foreldrene føler at de blir hørt, respektert og forstått av utredene. I utredningsoppholdet er det viktig at foreldrene gir uttrykk for det de synes er vanskelig og ikke får til, slik at de kan stille spørsmål ved sitt foreldreskap. Ved at foreldrene stiller spørsmål som relateres til sitt barn, sitt liv eller omsorgen for sitt barn dannes et viktig utgangspunkt for det videre arbeidet med familien.

## 7.3 Teorigrunnlag

Teoretisk er Aline forankret i nyere utviklingspsykologi, tilknytningsteori, kommunikasjonsteori, systemiske teorier og familieterapeutiske tilnærmingsmetoder,

spesielt løsningsfokuset metode. Grunnsynet deres er at verken barnet eller utviklingsmiljøet kan sees på som konstante størrelser over tid, både barnet og miljøet er i stadig forandring. Dette beskrives i transaksjonsmodellen ved at barns utvikling vil være et resultat av en gjensidig påvirkning over tid mellom barnets individuelle egenskaper og kjennetegn ved deres utviklingsmiljø. Denne modellen åpner for den mulighet at barnet selv vil kunne bidra til å skape sine egne utviklingsmiljøer. Aline benytter spedbarnstester for å måle deres kompetanse, men disse testene vil ikke alene kunne forutsi deres senere utvikling. Ser man på barnets kompetanse i sammenheng med deres utviklingsmiljø og betrakter denne gjensidige påvirkningen over tid, så hevder de at man vil kunne gi en relativt god prediksjon på barnets utvikling.

Ved Aline settes systemteori og kommunikasjonsteori sentralt i familiearbeidet, både i endringsarbeid og når de vil styrke foreldrekompetansen. Da vil altså familierapeutiske tilnærmingmåter og teknikker være sentrale, noe som kommer til uttrykk i deres grunnlagstenkning som er en løsningsfokuset tilnærmingmåte. Det betyr at de holder fokus på det som fungerer heller enn på problemer. De vil forstørre det som fungerer og dermed gi foreldrene følelsen av mestring. Det vil da være snakk om konkrete små endringer i foreldrenes samspill med barnet, som er lette å oppdage siden barnet er forandelig. Aline mener at små endringer i omsorgsmiljøet kan føre til positive sirkler for barnet og foreldrene i en gjensidig påvirkning.

Teori om tilknytning mellom foreldre og barn er vesentlig i arbeidet med familier. Tilknytning viser til det spesielle forholdet som oppstår mellom barnet og deres omsorgsgivere. Det at barn og foreldre er knyttet til hverandre kommer til uttrykk ved at de ofte inngår i samspill med hverandre og at de prøver å opprettholde fysisk nærhet. Barns tilknytningsatferd viser seg der atskillelse og gjenforening finner sted. I den forbindelse benytter de testen ”Fremmed rom”<sup>19</sup> og observasjon for å forstå kvaliteten av tilknytningen mellom barn og foreldre. Dette tilknytningsmønsteret vil man ikke kunne observere når barn og foreldre leker, men det kan først vurderes når

---

<sup>19</sup> Beskrevet under kartleggingsverktøy i kapittel 7.5.

---

en trussel for barnet kommer inn i bildet, slik som i "Fremmed rom" testen. Testen kan ikke stå alene, men må sammenholdes med andre observasjoner av naturlige gjensyn/atskillelses reaksjoner hos barnet i det daglige. Barnet vil ikke klare seg uten tilknytning, så derfor vil et viktig spørsmål i utredningen være å se på kvaliteten av tilknytningen. Det viser seg at jo tryggere barnet er jo friere er barnet til å utforske sine omgivelser, slik at de slipper å benytte sin energi på å passe på hvordan foreldrene har det og hvor de befinner seg.

Ut fra dette har de utviklet et sett av faglige prinsipper, som at tilknytningen til barnet skjer allerede i mammas mage. De har fokus på barnet og ser det som vesentlig å hindre unødvendig atskillelse mellom foreldre og barn. De jobber for å gi barn permanente og stabile omsorgspersoner så tidlig som mulig i livet, som gjøres mulig gjennom å benytte tidlig innsats.

## 7.4 Metoder i utredningsarbeidet

Måten Aline møter familien på har avgjørende betydning for hvordan samarbeidet med familien blir, men like viktig er hvilke metoder de velger å benytte i sitt utredningsarbeid. Familien kan oppleve Alines rolle som utredere som hjelpende og/eller som kontrollerne. Når de velger metoder i arbeidet med de respektive familiene tar de utgangspunkt i de særegenheter og historier familien har. Aline benytter seg av vitenskaplige utprøvde og internasjonalt anerkjente tester og metoder i sitt arbeid. Standardiserte tester sikrer kvaliteten i utredningsarbeidet ved at de gir en objektiv vurdering av barnets utviklingsnivå på en kvalitativt bedre måte enn bare ved teoretiske kunnskaper kombinert med observasjoner. Anerkjente tester og metoder fungerer som måleinstrumenter på hvor i utviklingen barnet er i forhold til sin alder og hva det eventuelt vil trenge av hjelp fra sin omsorgsgiver i sin videre utvikling. Aline sammenlikner resultatene fra testene med de mer subjektive observasjonene teamet gjør av barnet og familiens fungering, slik at summen av vurderingen fra dette arbeidet vil være retningsgivende for råd- og veiledningsarbeidet i den enkelte familie. Metodevalgene begrunnes ut fra nyere spedbarnsforskning, standardiserte

utviklingstester og analysemodeller og i tillegg erfaringer og nytenkning innenfor familiearbeid/familieterapi. Den barnevernfaglige utredningen har et vitenskapelig fundament som sikrer at deres vurderinger ikke baseres på synsing, men på kvalifiserte og etterprøvbare metoder.

#### **7.4.1 Kartleggingsverktøy**

Jeg vil ikke ta for meg alle de kartleggingsverktøyene Aline benytter i sitt utredningsarbeid, men finner det fruktbart å gi en nærmere beskrivelse av noen. Dette på grunn av at de institusjonene som benytter seg av systematiske metoder i sin kartlegging gir ifølge Solbakken, Lauritzen og Lund (2005) de fyldigste beskrivelsene av problemer. Det vil være viktig å kartlegge barna grundig og sette inn tiltak i forhold til de vanskene man avdekker. Derfor trenger hjelpeapparatet å ha kunnskaper om og tilgang til kartleggingsverktøy, slik at man kan sette inn tiltak tidlig.

**Døgnklokker** er Alines særegne arbeidsredskap som de har utviklet etter noe som kalles Cry Diary. Døgnklokkene er ferdig opptegnet på et ark og foreldrene fargelegger klokken gjennom hele døgnet. Denne metoden benyttes for å kartlegge barnets tilstandsregulering og fungering, slik at man får et bilde av barnet fungering i form av søvn, våkenhet, uro og gråt blir registrert gjennom flere døgn.

**Miljøobservasjoner** danner grunnlaget for en vurdering av barnets utviklingsstatus og barnets samspill med foreldrene. Dette gjelder spesielt observasjoner av omsorgspraksis, som vil si foreldrenes tilrettelegging, forutsigbarhet og strukturering av barnets dag. **Lekobservasjon** er en klinisk observasjonsmetode der barnets evne til å leke og sosiale fungering kartlegges av en psykolog. Denne metoden benyttes særlig på barn mellom 1 ½ og 3 år. Bearbeidelsen av disse observasjonene er ikke formelt standardisert eller normert. Under observasjonen av lekesituasjonen sees det på barnets lekeevne, hvordan barnet lar seg inspirere og lede, hvordan barnet reagerer på initiativ fra voksne og hva barnet velger å ta initiativ til selv.



---

**Care Index** er utviklet av Pat Crittenden og er en metode for å vurdere samspillet mellom foreldre og barn. Den kan benyttes i familier med barn fra 0 til 30 måneder. Denne metoden brukes i screening av samspillsvansker i risikofamilier, gi ideer for tiltak og måle effekten av tiltak. Care Index skårer barns responsivitet og foreldrenes sensitivitet<sup>20</sup>. Barns responsivitet vil si barnets lekeevne, hvordan barnet lar seg inspirere og lede, hvordan de reagerer på initiativ fra voksne og hva barnet selv tar initiativ til selv. Voksnes sensitivitet er deres evne til å redusere barnets ubehag og øke deres velbehag. Viktige spørsmål er om den voksne er oppmerksom på de signaler barnet gir, om barnet får tilstrekkelig utviklingsstøtte og om den voksne tilrettelegger for et gjensidig samspill.

**Test of Sensory Functions in Infants (TSFI)** er en undersøkelse for barn i alderen 4 til 18 måneder. Hensikten er å undersøke barnets sensoriske sensitivitet i forhold til stimulering gjennom de ulike sansene, som auditive, visuelle, taktile og vestibulære sanse-systemet. Skåringene klassifiseres ”innenfor normalområdet”, ”i risiko” og ”mangelfull utvikling”. Mange av de barna som har blitt utsatt for rusmidler i fosterlivet er hypersensitive ovenfor stimulering, men det er store individuelle variasjoner når det gjelder hvilken sansemodalitet som er mest hypersensitiv. Det å leve med et sanseapparat som er hypersensitivt kan virke forstyrrende og plagsomt for det lille barnet, slik at de ofte blir lettere sliten, mer irritabel og deres oppmerksomhetsevne blir redusert. Dermed vil det være svært viktig å få kartlagt, slik at miljøforholdene kan tilrettelegges bedre for det hypersensitive barnet.

**Bayley Scales of Infant Development** er en utviklingstest hvor man kartlegger barnets kognitive og motoriske utviklingsnivå ved å gi de standardiserte problemløsningsoppgaver med økende vanskelighetsgrad, som sier noe om barnets utviklingsalder. Bayleyskalaene er utviklet gjennom flere år med forskning på spedbarns og barns utvikling. Den har blitt utprøvd over lengre tid og har internasjonal anerkjennelse som en psykologisk test av barn i alderen 0 til 42 måneder. Testen gir en

---

<sup>20</sup> Dette har jeg betegnet som en foreldrefunksjon, beskrevet i kapittel 5.

god vurdering av barns kognitive og motoriske ferdigheter på det aktuelle tidspunktet. Nyttig å bruke i forhold til å avdekke både kognitive, motoriske og sosiale utviklingsforstyrrelser innen den aktuelle aldersgruppen.

**Fremmed rom – situasjon** er utviklet av Mary Ainsworth, hvor man vurderer individuelle forskjeller i tilknytningsmønsteret hos spedbarn. Ser på barnets respons på ulike stressopplevelser, som kortvarig separasjon fra mor og møte med en fremmed person. Dette observeres og vurderes i henhold til kategorier for trygg versus mindre trygg eller ambivalent tilknytning. Fremmed rom - situasjonen er laget for aldersgruppen mellom 12 måneder og opp til 5 år.

**Adult Attachment Interview (AAI)** er utarbeidet av Main og Sullivan, men analysen er utarbeidet av Pat Crittenden. Dette er et semistrukturert intervju som inneholder spørsmål knyttet til foreldrenes egen oppvekst med vekt på hvilke erfaringer de har med sine tilknytningspersoner. Hensikten er å bli kjent med foreldrenes erfaringer med tilknytning. Det gir en mulighet for å forstå hvordan de tenker om egen oppvekst, og da kan man gjøre vurderinger i hvilken grad deres erfaringer knyttes til hvordan de tenker om sin egen rolle som omsorgsperson. Dermed kan foreldrenes svar på intervjuet være med på å predikere hvordan deres omsorg for sitt barn blir ivaretatt. I tillegg gir det et godt utgangspunkt for å vurdere forebyggende tiltak, for å tilrettelegge for en trygg tilknytning og gode oppvekstvilkår for barnet.

Vurderer man fremmed rom og AAI i forhold til hverandre vil man kunne danne seg et bilde av kvaliteten på tilknytningen mellom barnet og foreldrene, og det vil også gi muligheter for å påvirke den. Gjennomføres dette intervjuet med foreldrene viser Aline stor interesse for foreldrenes historie, som de kan dra videre nytte av. Foreldrene får mulighet til å fortelle sin historie på en alternativ måte, som kan gi et annet og mer nyansert bilde enn de man finner i eksisterende sosialrapporter eller sakkyndige utredninger.

**Samtaler** benyttes og formålet er å få tak i foreldrenes egne vurderinger av sin og familiens situasjon. Aline kartlegger foreldrenes holdninger til de problemer og

ressurser de ser hos seg selv, i familien og i sin omsorgsrolle. Råd - og veiledningssamtaler har som målsetningen å styrke og hjelpe foreldrene til å øke deres kunnskap og bevissthet omkring barnet eller endring av atferd. Samtalen har en tosidig hensikt, for det først er det viktig å bli kjent med og kartlegge foreldrenes holdninger til seg selv som omsorgsperson og deres holdninger til barnet. Det andre er å hjelpe foreldrene til å skape en bedre situasjon for sitt barn og sin familie som helhet. Erfaringsmessig mener Aline at de familiene som viser motstand og skepsis til å samarbeide oftest endrer seg og de får til et samarbeid gjennom å fokusere på barnets beste. Det er svært viktig å ikke få foreldrene til å føle seg kritisert, slik at de ikke låser seg fast i en forsvarsposisjon som ikke kommer barnet til gode.

Språket har en sentral plass i formidlingen av problemer og av løsninger. Kontakt og dialog er viktig for å støtte spedbarnets utvikling, og språket har en sentral rolle i forhold til mestring og utvikling av ferdigheter. Mange av de foreldre som kommer på Aline har ikke verbale ressurser som gjør de mottagelige for å utvikle nye perspektiver på sin egen eller barnets situasjon gjennom samtaler. Foreldre ønsker konkrete tilbakemeldinger og råd om hva de bør gjøre for å tilfredsstille Aline og barnevernstjenesten. Dermed blir det en utfordring å tydeliggjøre de ressurser forelderen allerede har, slik at de gjør mer av det som fungerer. Valg av tilnærmingstype er av avgjørende betydning for det resultatet man oppnår. De har sett at verbalt svake foreldre kan nyttiggjøre seg å bli konkret vist hvordan dialog med barnet etableres. Det er slik at spedbarn trenger god tid til å oppfatte den andres initiativ, slik at de kan svare tilbake og turtakingen oppstår. Det er foreldrenes ansiktsmimikk, øyekontakt og stemme som får barnet til å skjønne at foreldrene er interessert og ønsker å opprettholde kontakten. Dette er enkle prinsipper for kommunikasjon som de fleste automatisk tar i bruk i den daglige samhandlingen, men for de foreldre Aline er i kontakt med kan slite med å mestre. Utfordringene er å få foreldrene til selv å engasjere seg i barnet og dets situasjon. Hjelpe foreldrene til å finne løsninger og måter å organisere hverdagen på som virker utviklingsfremmende. Mange av de familiene mangler ofte barnet daglige rutiner for mat og stell, mangler oppmerksomhet, dialog og følelsesmessig innlevelse i seg selv som person.

Aline ser det ikke som verken riktig eller nyttig å påtvinge foreldrene råd og veiledning, for ideelt sett bør endring komme fra et ønske fra foreldrene selv. Ser man på foreldrenes situasjon er den ofte preget av at de føler seg kritisert og sårbare i forhold til spørsmål knyttet til om de har gitt sine barn god nok omsorg. Dette kan virke hemmende på foreldrene og føre til treghet og utrygghet i samarbeidsforholdet til Aline. Dilemmaet for Aline blir da på den ene siden å gi foreldrene mot og styrke slik at barnet får hjelp. Og på den andre siden ikke kunne garantere for utfallet av barnevernstjenestens undersøkelsessak.

#### **7.4.2 Utredningsrapporter og vurderinger**

Familiens opphold på Aline blir dokumentert i en utredningsrapport, hvor man gjør en beskrivelse og vurdering ut fra det mandatet barnevernstjenesten har gitt. I utredningsrapporten beskriver man forskjellige omsorgssituasjoner med barnet. Spesielle enkeltepisoder beskrives kun hvis de utgjør en sterk bekymring eller frambringer hypoteser om problemområder av en mer skjult karakter. Rapporten baserer seg på en sakkyndig utredning av barnet og samspillet med barnet, hvor man benytter resultater fra de ulike kartleggingsverktøyene man har benyttet i de respektive familiene. De opplever at det er sjeldent at foreldrene er uenige i det Aline ser på som viktige vurderinger, spesielt gjelder det vurderinger av barnet og det de trenger. Dette tolker Aline som et tegn på at de lykkes i deres mål om å være åpne ovenfor foreldrene gjennom den perioden de er under utredning.

### **7.5 Eksempel**

Jeg vil her gi en beskrivelse av hvordan en tenkt familie med et alkoholskadet barn kan fungere, slik at man får et innblikk i hvordan man kan utrede en risikofamilie. I dette eksempelet vil jeg forsøke å vise hvordan man kan utrede og veilede en familie med et barn som er i risiko for skjevutvikling og omsorgssvikt. Dette er et tenkt eksempel, som er utarbeidet på grunnlag av min praksis i feltet og faglitteratur.

---

Are er prematur, født 6 uker før termin, ved keisersnitt og veide 1900 gram ved fødsel. Han hadde en dramatisk fødsel hvor det oppsto pusteproblemer og matproblemer som varte i 2 måneder. Han var innlagt på nyfødtsseksjonen i en måned, og pleiepersonalet der opplevde gutten irritabel, utålmodig og ikke helt tilfreds selv rett etter mating. Are flyttet sammen med sin mor til et familiesenter, som etter kort tid melder bekymring for barnet. Familiesenteret kunne ikke lenger ta ansvar for barnets omsorgssituasjon. De beskriver gutten som urolig og utilpass, og de gir mor råd og veiledning som hun ikke klarer å nyttiggjøre seg. Mor har selv vært under barnevernet og hatt foreldre som var alkoholikere. Hun har bodd i fosterhjem fra ungdomsskolealder. Under svangerskapet bodde hun hos sin mor. Hun har ikke fått noen oppfølging eller hjelp verken før eller under svangerskapet. Are er 5 mnd når han søkes inn sammen med mor på Aline. Barnevernstjenesten ber om en utredning av barnets fungering og omsorgsbehov. Nedenfor vil jeg beskrive et mulig utredningsarbeid:

**Beskrivelse av gutten:** Førsteintrykket av Are var at han hadde et spesielt utseende. Han har en liten kropp, lite hode, lite midtansikt, korte øyespalter og hudfold ved øyekroken. Ørene sitter langt nede og med spesiell form, han har bred nese og tynn overleppe. Motorisk virker han stiv i kroppen og noe asymmetrisk. Bevegeligheten i nakken kan se ut til å være bedre mot høyre side enn mot venstre. Hodet hans virker ustabilt og ”vagger” fra side til side. Han ”kaver” mye med armer og bein, og er vanskelig å roe ved hjelp av vugging.

Are snur hodet mot alt som berører kinnene. Hvis han for eksempel legges i bagen for å sove drar han teppet opp i ansiktet og virrer med hodet frem og tilbake, noe som medfører at han ikke finner ro. Dette kan tyde på at han har en svært sterk søkerrefleks. Ser man på dette fenomenet i forhold til MPU-testen<sup>21</sup> skal spedbarns

---

<sup>21</sup> Motoriskperseptuell utvikling er utviklet av Britta Holle med flere. Testen er for utviklingsalderen 0 – 7 år og kartlegger barnets motoriske og kommunikative kapasitet, og deres evne til sosial interaksjon. Undersøkelsen gir et samlet mål på barnets generelle utvikling i henhold til kronologisk alder. Vurderingene som gjøres danner grunnlaget for tverrfaglig stimulering/ undervisning/ behandling.

søkerefleks være helt borte i løpet av 4-5 mnd og Are var 6 mnd. Ved stell ble det observert at når man tok av ham body og genser, snappet han etter pusten som om lukkerefleksen inntrådte.

Guttens håndflater og fotsåler beskrives som kalde og klamme. Berøring av guttens armer og bein ser ikke ut til å påvirke ham. Legger man derimot en hånd på brystet til gutten, så begynner han å puste fort og blir rødflammet i kinnene. Dette tyder på at Are er svært sensitiv for berøring og reagerer med stor kroppslig uro. Denne sensitiviteten kom også til uttrykk under badestell. Tidlig under oppholdet endte badestellet med at gutten gråt og ble stiv i hele kroppen. Personalet tilrettela derfor badingen med hensyn til temperatur, ro, at han ligger på fast underlag, at ørene lå under vann og at han lå på et håndkle. Da virket han tilfreds ved at han var rolig i kroppen og gråt ikke.

Gutten kan holde blikkontakt kun kort tid av gangen. Personalet gir mye hjelp og oppmuntring for å få ham interessert i og til å holde på kontakten. Det har under oppholdet vist seg at det varierer om gutten i det hele tatt er interessert i en dialog med miljøterapeutene. Selv når man gir han tid og ro så lar han seg ikke begeistre til dialog/kontakt som varer over tid. Når vi testet blikkontakt opplevde vi at han ikke holder blikket, men derimot beveger blikket innom ansiktet. Ved flere anledninger har miljøterapeutene forsøkt å få blikkontakt og satt han på fanget med ansiktet hans vendt mot seg. Dette medførte at man ikke kunne se guttens ansikt i det hele tatt. Gutten hadde da ansiktet vendt ned mot buksa og var stram i kroppen. Bøyer man seg ned for å se ansiktet hans fikk man da heller ikke blikkontakt.

Are har ved flere anledninger smilt og gitt fra seg lyder som kan likne på latter. Det er derimot usikkert om disse smilene er gode sosiale smil, eller om de er mer automatiske. Under observasjonene av guttens samspill med mor eller miljøterapeuter

---

har det ikke blitt observert at samspill med blikkontakt har vært en del av opptakten til smilet og/eller latteren.

Gutten virker ikke interessert i leker/rangle siden han verken fulgte den med øynene eller grep etter den med hendene. Han viste litt interesse når det fulgte lyd/stemme med. Det har blitt gjennomført en MPU- test av gutten ved 6 mnd, som viser at han med mye "drahjelp" klarer de fleste oppgavene på 4-5 mnd. stadiet. Han må oppmuntres mye for å bli interessert i en gjenstand, noe som kan tyde på at han ikke har erfaring med leker/objektstimuli.

**Beskrivelse av mor-barn samspillet:** Gutten får noenlunde regelmessige bleieskift, men hygienen er generelt dårlig. Dette kommer til uttrykk ved at gutten ofte lukter vondt, som kan sees i sammenheng med mors mangel på hygiene. Ved bleieskift bruker ikke mor såpe og vann, slik at gutten ikke blir ren. Dette gjør hun selv om hun tidlig i oppholdet får informasjon om spedbarnsstell og hygiene, noe som ikke ser ut til å ha påvirket mors stell av gutten. Det ble ved en anledning observert at mor ville legge gutten rett ned i badevannet uten å vaske vekk avføringen først. Mor begrunner dette med at han vil bli ren når han bader.

Gutten sover som oftest gjennom natten, men han blir vekket av mor gjennom hele dagen. Døgnrapportene har vist et mønster hvor mor ofte vekker han når han sover og at hun legger han inn på soverommet når han er våken. I og med at barnet var prematurt har hun fra sykehuset blitt anbefalt å vekke barnet for å gi han mat hver andre time i starten. Dette har hun fortsatt med på tross av at hun i samtale på Aline frarådes å gjøre det.

Det har også vist seg at gutten blir matet når mor selv bestemmer det. Mor sier at gutten ikke har faste måltider fordi han selv må bestemme, men gjennom observasjoner kommer det tydelig frem at han mates når mor mener det er tid for det og ikke fordi gutten gir signal (eks. gråt) om at han er sulten. Han har blitt vekket av mor fordi hun synes han bør få mat, og på spørsmål om når han fikk mat sist kan hun ikke gi noe svar.

Ved flere anledninger har det vist seg at mor har gitt gutten for kald velling/melk. Dette gjør at gutten vegrer seg for maten ved å avvise flasken og gråter. Mor viser da ikke noe tegn på at hun forstår årsaken til hvorfor barnet ikke vil spise, men fortsetter å gi han mat. Mor gjør heller ikke selv forsøk på å finne ut hva som gjør at gutten gråter og avviser maten. Hun blir sur når personalet forsøker å finne ut hva det er og påpeker at melken er for kald. I tillegg sikrer hun ikke at hullene i flaskesmokken har passe størrelse, slik at gutten selv kan regulere matinntaket. Mor har gitt gutten mat gjennom en flaske med et hull så stort som selve "halsen" på smokken. Dermed heller hun velling ned i halsen hans og gutten har dermed ikke kontroll over hvor mye mat han får i munnen på engang. Det har blitt observert i matesituasjon at gutten får tak i smokken og suger i seg for mye velling, som resulterer i at han hoster kraftig.

**Vurdering og alternative tiltak:** Gutten virker svært sensitiv overfor sansemessig stimuli som berøring på visse deler av kroppen og ansiktet, vugging, temperatur ved matinntak, bading og blikkontakt. Dette i tillegg til guttens utseende kan tyde på at han kan ha blitt utsatt for alkohol i mors liv. Barn med alkoholskader klarer ikke i like stor grad som andre barn å beskytte seg mot sansemessig stimuli. De overstimuleres og reagerer med stor uro og gråt på alle de inntrykkene de ikke kan sortere. Årsaken ligger i skader på barnets sentralnervesystem eller utilstrekkelig utvikling av sentralnervesystemet (Thormann og Guldberg 1995)(Streissguth 1997). Denne gutten er det de på Aline betegner som et biomedisinsk risikobarn, som vil si barn som er premature og har lav fødselsvekt (Smith og Ulvund 1991). Begge disse komplikasjonene finner vi hos Are, som kan føre til nevrologisk relaterte utviklingsskader. I mange av disse tilfellene kan vanskene bli små og av mindre betydning hvis de oppdages tidlig, som vil si at det er et stort behov for oppfølging av disse barna (Smith og Ulvund 1991).

Det ble observert trekk ved Are og samspillet mellom mor og barn som er bekymringsverdig i forhold til mors omsorgsevne og guttens utvikling. Mors forhold til hygiene viser at hun har et svært lavt kunnskapsnivå vedrørende helsespørsmål, og hun klarer heller ikke å endre sin praksis når hun får informasjon og veiledning. I



---

forhold til barnets søvn og mating ser det ut til at dette er styrt ut fra mors behov og ikke en vurdering av hva barnet selv gir uttrykk for, siden mor ikke kan gjøre rede for eller begrunne disse handlingene. Dermed forstyrrer mor guttens mulighet til å regulere mat og søvn selv. Det vil også bety at gutten systematisk blir feiltolket i forhold til det han selv uttrykker. Disse observasjonene viser at mor ikke forstår eller ikke klarer å lese guttens signaler. Videre gir disse observasjonene bekymring for om mor også kan mate gutten med for varm melk og dermed skâlde halsen hans. Gutten responderer verken på menneskelig kontakt eller objektstimuli uten mye oppmuntring og drahjelp fra miljøterapeutene. Barn på dette alderstrinnet forventes å være opptatt av sosial kontakt og vise nysgjerrighet for sine omgivelser. Dette tyder på at Are mangler forutsigbarhet, rutiner og rytme. Dette er avgjørende elementer for at gutten skal etablere trygghet og tilknytning til sin omsorgsgiver. Are er et barn som trenger tett oppfølging og hjelp for å utvikle sitt potensial maksimalt. Setter man mors manglende omsorgsevne og usikkerhet opp i mot Ares` spesielle behov, så er de ansatte bekymret for om Are får den omsorg, hjelp og støtte han behøver. Mor trenger mye hjelp og støtte for å klare å gi Are den omsorg han har behov for.

Ut i fra de eksemplene jeg har nevnt ovenfor er det mye som tyder på at Are har blitt utsatt for alkohol under svangerskapet. Dette er noe som må kartlegges grundigere både av leger og psykologer, slik at gutten får den hjelp og utviklingsstøtte han har behov for. Det er svært viktig at barn med disse symptomene får hjelp tidlig, slik at de får de beste betingelser for videre utvikling. Disse barna er avhengig av en stabil omsorgssituasjon og derfor blir det svært viktig at tiltak settes inn tidlig for å forebygge eventuelle sekundære skader på det emosjonelle planet. Selv om Are ikke er alkoholskadet er han som sagt et biomedisinsk risikobarn som vil trenge tidlig hjelp og støtte. Derfor vil det være svært viktig at Are får en tett oppfølging uansett om han er blitt utsatt for alkohol i svangerskapet eller ikke.

Are trenger å få tilrettelagt et forutsigbart og beroligende miljø, og å ha en omsorgsgiver som er spesielt sensitiv og årvåken overfor hans behov. I tillegg bør man kontrollere all form for stimuli så langt det er mulig, slik at gutten får den roen han

trenger for å samle seg. Dette kan man gjøre ved å tilrettelegge rommet der barnet oppholder seg så enkelt som mulig, slik at man ser hva som overstimulerer og stimulerer barnet. Man bør stimulere en sans av gangen, slik som å øve bare på blikkontakt eller bare på berøring. Under mating bør man være ekstra nøye med temperatur og konsistens på maten, og passe på at barnet har ro rundt seg. Barnet kan bli svært urolig i vanlige turtakingssituasjoner og vil dermed kanskje mestre matingen bedre hvis han er vendt vekk fra omsorgsgiver mot en rolig flate. Man kan også reive<sup>22</sup> han hvis hans motoriske uro forstyrrer måltidet. Når barnet virker mer mottagelig for blikkontakt kan man forsøke turtaking ved måltider.

Are har som sagt tidligere mye motorisk uro og for å motvirke dette har det vist seg at det hjelper å samle han. Med dette begrepet legges at man holder barnets ben og armer inntil sin egen kropp eller rett og slett reiver barnet. Under den ene episode lå gutten med ryggen mot miljøterapeutens mage og hun holdt armene tett inntil guttens armer, som om hun samlet han. Are ble da slapp i hele kroppen og la hodet inntil kroppen hennes. Dette hadde miljøterapeuten ikke opplevd før, siden gutten pleide å løfte hodet vekk fra den han ligger inntil. Ved en annen episode holdes Are slik at han ligger med magen og hodet på miljøterapeutens arm. Hun holder armene hans inntil kroppen og vugger forsiktig, som fører til at gutten blir helt rolig og slapp i kroppen.

Situasjonene ovenfor er naturlige utgangspunkt for den tidlige stimuleringen av samspillet mellom omsorgsgiver og barnet. Det at barnet ikke responderer ut fra forventningene når man sammenligner med et normalbarn, vil by på mange utfordringer for omsorgsgiver. Derfor er det svært viktig med informasjon og veiledning fra fagfolk som kjenner til hvordan man bør tilrettelegge for at samspillet gis de beste betingelser for å utvikles av avgjørende betydning. Det å beskrive et barn med alkoholskader ut fra karakteristikk eller symptomer kan generelt være fruktbart for å forstå rekkevidden av skadene og behovene til disse barna. På en annen side må man være forsiktig så man ikke erstatter det med verdien av å respondere ut fra det

---

<sup>22</sup> Reive vil si å pakke barnet godt inn i et teppe, slik at man samler armer og bein.

enkelte barns behov, styrker og svakheter. Barn med alkoholskader har som sagt mange karakteristiske trekk, men det er viktig å se det individuelle ved hvert enkelt barn. Disse barna trenger individuelle tiltak for å utvikle sitt potensial maksimalt.

## **8. Hvordan hjelpe barn av mødre med rusmiddelproblemer?**

Jeg vil ut fra det jeg har benyttet av kilder i denne hovedoppgaven si at det er visse temaer som gjentas og trer frem som hovedområder. Disse områdene er betydningsfulle i arbeidet med å forebygge medfødte skader og omsorgsvikt hos barn av mødre med rusmiddelproblemer. Det avgjørende synes å være å sette i gang tiltak på et så tidlig tidspunkt som mulig. Tidlig innsats er essensielt for å kunne motvirke medfødte skader av ruseksponering. Videre vil det å utvikle foreldrefunksjoner, tilknytningen og samspillet mellom mor og barn være medvirkende på å gi barn av mødre med rusmiddelproblemer en god nok omsorg. Disse områdene er avgjørende for å gi disse barna en mulighet for å få god nok omsorg og derigjennom redusere faren for at de utsettes for ulike former for omsorgssvikt. Spørsmålet vil da være hvordan man kan gi disse barna en oppvekst med god nok omsorg? Tidlig innsats er avgjørende for i hvilken grad barnet blir eksponert for rusmidler og dermed også for skadens omfang. Gravide med rusmiddelproblemer kan legges inn på tvang, slik at de avruses og fosteret ikke utsettes for mer rusmidler under svangerskapet. Ruseksponerte barn vil trenge spesiell tilrettelagt omsorg, noe som medfører at et stort ansvar legges på mødrene. Dette ansvaret vil det være svært vanskelig å ta for disse mødrene, siden de selv er sårbare og har kanskje aldri selv opplevd god nok omsorg. Det tyder på at det er en forbindelse mellom hvilken omsorg mødrene har fått og den omsorgen de gir sine barn. Det vil være viktig å hjelpe disse mødrene til å gi sine barn god nok omsorg, så foreldrene må få mulighet til å utvikle sine foreldrefunksjoner.

Jeg synes å se av mitt materiale at de barn som har medfødte skader på grunn av eksponering av rus i svangerskapet har en høyere risiko for å utsettes for omsorgssvikt. Barn med ulike skader eller sårbarhet har en økt risiko for å bli utsatt for omsorgssvikt, spesielt i de tilfeller hvor også mor sliter med egne problemer. Det vil si at faren for omsorgssvikt øker i de tilfeller hvor mor ikke har evnen til å gi sitt barn god nok omsorg. I denne sammenheng er det viktig å utvikle en tilknytning mellom mor og barn på et tidlig tidspunkt. Det vil si å hjelpe mor å samspille med sitt barn og gi henne

---

handlingsalternativer slik at god tilknytning utvikles. Det vil være viktig å forebygge medfødte skader og derfor avgjørende at man intervensjonerer før barnet er født. Men det kan være problematisk å komme i kontakt med mødrene med rusmiddelproblemer. Det kan tyde på at de holder seg borte fra hjelpeapparatet, og ofte vet de ikke selv at de er gravide før det har gått lang tid. Dermed vil det være svært viktig å utvikle en måte å komme i kontakt med disse gravide. Mange oppsøker ikke hjelpeapparatet før barnet er født og da vil barnet ha ulik grad av skade/sårbarhet. Jeg tror det ville være hensiktsmessig at hjelpeapparatet oppsøker steder hvor rusmisbrukere er, slik at man møter dem i deres eget miljø. Den ordinære svangerskapsomsorgen må også gi informasjon til alle gravide. I dette arbeidet bør de benytte seg av ulike kartleggingsverktøy for å komme i kontakt med de mødrene som eksponerer sine barn for rusmidler. Det er viktig at alle som oppsøker svangerskapskontroller blir spurt om de drikker alkohol eller inntar rusmidler. Allerede da kan man gjøre mødre oppmerksomme på at rusmidler skader barnet og dermed kan man redusere omfanget av skadene som påføres fostret.

Forebygging handler om å hindre negative utfall hos befolkningen, ved å hindre rekruttering til rusmiljøer/kriminalitet, minimalisere lidelse eller å hindre tilbakefall. Tanken bak forebygging er å gripe inn på et tidlig tidspunkt i utviklingen av problemer og dermed redusere behovet for behandling og tiltak. Tiltak må settes inn ovenfor kontekst, foreldrene og barnet for at omsorgen skal bedres for det enkelte barnet. Det er jo slik at praktikere og teoretikere ser på barnets første leveår som svært kritiske (Killèn 1994). Det er i denne perioden barnet utvikler tilknytning og grunnleggende trygghet til sine omsorgspersoner. Tilknytning og trygghet utvikles gjennom et tilpasset samspill, omsorg og kontinuitet. På en annen side er det også slik at mødrenes fysiske og psykiske helse under svangerskapet har betydning for spedbarnets helse og tidlige tilknytning. Tilknytningen mellom det lille barnet og foreldrene er svært viktig for barnets sosiale, psykologiske og biologiske utvikling. Det at problemer begynner tidlig i barnets liv fører til at de vil ha vansker senere i livet, siden hjernes endelige utvikling preges av sped- og småbarnet tidlige erfaringer. De sped- og småbarn med diagnostiserte tilstander fordrer spesiell tilrettelagt omsorg,

for å sikre barnet en optimal utvikling. Man må derfor ta sped- og småbarns psykiske helse på alvor og prioritere tidlig innsats. Barn er avhengig av omsorgspersoner som gir fysisk omsorg, er emosjonelt tilgjengelige og responsive for å utvikle seg. Barnets utvikling avhenger altså av foreldrefunksjonene og god nok omsorg.

I alle typer og grader av omsorgssvikt er betingelsen for å gi hjelp å undersøke barnets omsorgssituasjon grundig og få en mest mulig pålitelig forståelse av den. Gode kartleggingsverktøy er derfor avgjørende. Hensiktsmessig hjelp vil kun gis etter en helhetsvurdering, som vil si en psykososial undersøkelse og diagnose av barnet og foreldrenes situasjon. I denne prosessen står evnen til å vurdere barnets behov, de nåværende og potensielle foreldrefunksjonene og foreldre - barn samspillet. Teori (Killèn 1994) på dette feltet viser at omsorgssvikt er et resultat av et samspill mellom ytre stressfaktorer, samspills - og personlighetsfaktorer hos både foreldre og barn.

Erfaringer fra arbeid med tidlig innsats og identifisering av rusmiddelproblemer viser til at om man nærmer seg spørsmålene om rus i en atmosfære preget av oppriktig interesse, empati, respekt og en ikke-fordømmende holdning vil sjansene for en åpenhet rundt rusproblemene være tilstede. Dette kalles en endringsfokusert rådgivningsprosess (Solbakken, Lauritzen og Lund 2005). Når det gjelder å utrede barn av foreldre med rusmiddelproblemer må man ha kompetanse og metoder for å utrede de vanligste problemene og skadene barna kan ha. I tillegg må samspillet i familien og omsorgsevnen til foreldrene kartlegges. Det må derfor innarbeides rutiner som sikrer at slike utredninger finner sted og at disse følges opp med tiltak i en egnet innstans. Undersøkelsen i Solbakken, Lauritzen og Lund (2005) viser at 50 % av institusjonene kartlegger barna ved hjelp av standardiserte verktøy. De som benytter disse verktøyene rapporterer i større grad om vansker og skader hos barna.

Institusjonene beskriver generelt en høy forekomst av funksjonsvansker, som kan tyde på å komme av ruseksponering under svangerskapet og belastninger i det første leveåret. Disse funn hevder de sammenfaller med funn fra andre forskningsstudier. Dette tyder på at det finnes et stort forbedringspotensial ved å ta i bruk

---

kartleggingsverktøy. Det vil da være behov for opplæring i vektøyene og et samarbeid med andre instanser som kan følge opp disse barna og deres familier.

Det oppstår dilemmaer når man tar med barn inn i institusjoner som behandler foreldrenes rusmiddelproblemer. Det vil da være snakk om forholdet mellom nytte kontra uheldige konsekvenser av en innleggelse. Innleggelsen gir mulighet for en grundig utredning hvor man avdekker eventuelle behov og vansker barnet har. Utredningen fører til at tiltak settes i verk og behovene ivaretas på institusjonen eller man henviser til andre instanser. Videre kan foreldrene utvikle sin omsorgskompetanse, slik at barna kan bli hos sine biologiske foreldre og få god nok omsorg. Det å ha barnet med seg vil være en motivasjonsfaktor for foreldrene, som kan komme barnet til gode på en indirekte måte (Solbakken, Lauritzen og Lund 2005). På en annen side kan det medføre uheldige konsekvenser, som at foreldrenes omsorgskompetanse er så dårlig at barnet heller ikke på institusjonen får god nok omsorg. Institusjonen kan i noen tilfeller ikke klare å hjelpe foreldrene til å utvikle sine foreldrefunksjoner til et tilfredsstillende nivå. Barnet kan også under innleggelsen bli utsatt for foreldrenes ustabilitet, ved at de ruser seg under oppholdet. Institusjonens fysiske miljø kan i noen tilfeller være lite egnet som oppvekstarena for et barn. Dersom en omsorgsovertagelse blir nødvendig etter eller under oppholdet, så kan man ha utsatt barnet for en unødvendig belastning i forhold til om en alternativ omsorg hadde blitt satt i verk på et tidligere tidspunkt. Ut fra disse synspunktene er det vanskelig å gi et generelt svar på om det vil være nyttig eller uheldig for det enkelte barnet å innlegges med foreldrene. Synspunktene ovenfor viser at det er mange forhold som må overveies før man tar en avgjørelse om innleggelse, som også medfører at man må stille krav til institusjonene som legger inn barn sammen med foreldre. Stray (2003) mener at det største dilemmaet for en institusjon som tar imot barn og foreldre er at barnet ikke kan vente altfor lenge på at foreldrene skal opprette et funksjonsnivå som er godt nok for barnet. Behandlingen må ha et visst tempo og progresjon, som medfører behandlingsmessige utfordringer for en slik type institusjon. På tross av disse utfordringene vil et opphold være forsvarlig under gitte forhold, slik som at bevissthetsnivået rundt disse dilemmaene må være høyt, ha en sterk faglig

forankring og institusjonen må ha stor omsorgskompetanse. Innleggelse av barna sammen med foreldrene vil kunne gi barna riktig stimulering av ruseksponerte barn. Solbakken, Lauritzen og Lund (2005) mener at institusjonene kan gi barna rammer av struktur og forutsigbarhet, slik at trygghet og muligheter for en positiv utvikling er tilstede. Videre vil en innleggelse av foreldre og barn kunne forebygge i et generasjonsperspektiv gjennom å bryte den sosiale arven, som er vanlig i familier med rusmiddelproblemer.

Det har vist seg at rusmiddelproblemer opptrer ofte sammen med andre vansker, slik som psykiske lidelser. Angst, depresjon og ulike former for personlighetsforstyrrelser er veldokumenterte vansker som henger sammen med rusmiddelproblemer. En vesentlig utviklingsoppgave for mange foreldre vil være å få hjelp med sine psykiske lidelser. Denne lidelsen preger foreldrenes kapasitet til endringsarbeid, men vil i seg selv også være en risikofaktor for barna også på lang sikt. Praksisfeltet viser til at mange pasienter med et omfattende rusmiddelproblem fra tidlig i ungdomsårene har på sett og vis stoppet opp i utviklingen. Når disse pasientene blir rusfrie i institusjonen ser de en tendens til at de går inn i en forsinket ungdomstid preget av utviklingsoppgaver som hører puberteten til (Stray 2003). Dette fører til at disse foreldrene ikke bør overlates til seg selv med omsorgen for et barn. Utviklingsoppgavene (Stray smst) til barna er også store. De skal gjennom samspill og tilknytning utvikle seg til selvstendige og uavhengige personer. Når barna fødes har de arvet egenskaper, som både er kognitive, emosjonelle og fysiske. Og fra fødselen skjer det en interaksjon mellom barnet og deres omsorgspersoner hvor de påvirker hverandre (jfr. transaksjons-modellen). Barn er svært ulike og dermed må foreldreoppgavene bli forskjellige underordnet av hva barnet selv bidrar med i denne relasjonen og hvordan disse egenskapene spiller sammen med foreldrenes bidrag og forutsetninger. Det at barnet har blitt eksponert for rusmidler i svangerskapet kan ha store konsekvenser for hvilke behov barnet har og hvilken omsorg foreldrene skal gi sitt barn. Altså må både foreldrefunksjonene og hva som er god nok omsorg for et barn bygge på den viten man har om det respektive barnets forutsetninger og hva teorien legger til grunn for å gi barn av mødre med rusmiddelproblemer optimale utviklingsmuligheter.



Innleggelse uten samtykke er et virkemiddel man kan benytte ovenfor gravide rusmisbrukere, men problemet er da som sagt å komme i kontakt med dem.

Mulighetene for tvangsbehandling kan føre til at disse mødre holder seg borte fra hjelpeapparatet, siden de ikke vil bli tvangsinnlagt. Derfor vil man gjennom tvangspargrafen kunne oppleve at man kommer inn for sent, slik at barnet blir født med skader. Disse mødre styres av sitt rusmiddelproblem og vil da ha vanskeligheter med å kunne klare å prioritere sitt barn. I utgangspunktet er det slik at alle mødre gjør så godt de kan for sine barn, men disse mødre makter ikke å klare dette uten hjelp. Ved Aline trekkes det frem at skal man hjelpe må man samarbeide, så mødre må selv innse at de har problemer. Det å være villig til å ta imot hjelp vil kanskje være problematisk for denne gruppen mødre. Derfor kan det tyde på det å gi hjelp og innlegge mødre på tvang kan bli motsetninger. Mange av de ruseksponerte barna kan derfor fødes uten at mor har vært innlagt på tvang eller vært kjent av hjelpeapparatet. I dag er man av en slik oppfatning at samfunnet har ansvar for å ta vare på de som ikke makter å ta vare på seg selv. I tillegg til dette setter vi retten til liv sentralt her i Norge. Ut fra disse to holdningene vil det være viktig at man verner det fremtidige mennesket mot morens rusmiddelproblemer, som kan ha livstruende følger for fosteret. Det vil også være viktig å ta i betraktning at disse gravide mødre kan være styrt av rusen, som vil medføre at det er ennå mindre grunn til å legge vekt på hennes motstand mot tvangsinnleggelse.

På en annen side kan denne loven ha utilsiktede virkninger, slik som at aborttallet øker. Men jeg vil si at det vil være mer alvorlig om tvangspargrafen medfører at gravide ikke oppsøker hjelpeapparatet på grunn av at de er redde for å bli lagt inn på tvang. Dette ville kunne føre til at det fødes flere barn med skader fra mors rusmisbruk. Søvig (1999) sier disse utilsiktede vilkårene førte til at man i Sverige sa nei til å bruke tvang. Men hvem som valgte den "beste" løsningen kan man ikke vite med sikkerhet, siden det ikke blitt utført noen empirisk undersøkelse om denne bestemmelsen fører til at gravide unngår å oppsøke hjelpeapparatet.

Lovparagrafen er tydelig på hvilket oppdrag institusjonen<sup>23</sup> som tar inn disse kvinnene har. Institusjonen skal altså hindre eller begrense de muligheter barnet har for å bli skadet og gi kvinnene adekvat hjelp. Det vil si at man har fokus på det ufødte barnet, slik at det blir barnet som er primærpasienten. I kapittel 6 har jeg skrevet at barnevernet også har barnet som sin klient, men de ser ikke på det ufødte barnet som deres klient. Barnevernet har kompetanse på hva som er utviklingsfremmende for barnet og kunnskaper om familiearbeid. Derfor ville det vært fruktbart å få i gang et samarbeid mellom de som arbeider med det ufødte barnet og det fødte barnet, siden de begge har som mål at barna får god nok omsorg. Det vil hele tiden være slik at barnets beste er i fokus og at barnet må hjelpes og beskyttes siden de selv ikke klarer å beskytte seg mot ruseksponering eller omsorgssvikt. Disse familiene vil trenge hjelp fra mange ulike deler av hjelpeapparatet. De vil trenge medisinsk, økonomisk, sosial, pedagogisk og barnevernfaglig hjelp. Det vil da være hensiktsmessig at disse delene av hjelpeapparatet setter sammen et tverrfaglig team rundt hver familie. I tillegg vil et tverrfaglig arbeid kunne gi de respektive barn og deres familier rett hjelp til rett tid (jfr. Lov om barneverntjenester).

Barn av mødre med rusmiddelproblemer har i utgangspunktet et normalt utviklingspotensial, siden alle kjente skader av rusmiddelinntak kan forebygges. Men bare hvis man kommer i kontakt med de gravide rusmiddelbrukerne tidlig i svangerskapet, slik at de kommer i behandling og får støtte både medisinsk, psykologisk og sosialt. Det er dermed den gravide rusmiddelbrukerens samlede livssituasjon som representerer en stor risiko for alvorlige graviditets- og fødselskomplikasjoner, slik at der er en alvorlig risiko for det ventende barnets utvikling. Det er veldokumentert at kvinner som lever under belastende psykososiale forhold i større grad aborterer, føder for tidlig, føder barn med lav fødselsvekt, føder døde barn eller får svangerskapsforgiftning. I tillegg til disse risikofaktorene kommer selve rusforbruket og den risiko det utsetter fosteret for. Derfor må man sette inn

---

<sup>23</sup> Borgestadklinikken er en slik institusjon, se kapittel 3.2

forebygging og behandling både ovenfor rusmidlene, men også i forhold til den samlede livssituasjonen og vurderingen av både den fysiske og psykiske helsen til mor og barn. Under graviditeten mener Killèn og Olofsson (2003) at en intervensjon må ta sikte på å redusere kjente risikofaktorer så tidlig i svangerskapet som mulig. I den sammenheng vil tvang kunne være en god måte å redusere rusinntaket og gi mor og barn en livssituasjon med muligheter for en god utvikling.

Vårt syn på gravide med rusmiddelproblemer er bestemmende for hvilken type hjelp vi gir dem. Dette kan sees i sammenheng med den hermeneutiske sirkel, hvor vår forståelse preges av hvilken for-forståelse vi har. I tillegg vil vår forståelse endres på grunnlag av ny kunnskap og innsikt, slik at vår forståelseshorisont forandres. Dette kan sees i sammenheng med det leder av foreningen Voksne for barn (vfb) Randi Talseth ([www.vfb.no/xp/pub/topp/tema/barn\\_av\\_rusmisbrukere/185391](http://www.vfb.no/xp/pub/topp/tema/barn_av_rusmisbrukere/185391)) skriver at man

*”enten kan se på dem som gravide med stor helsemessig risiko, og en livssituasjon som innebærer en ekstrem risiko for skader på barnet. Eller vi kan velge å definere dem som gravide med sosiale problemer”.*

Velger man å bruke den siste definisjonen vil de ikke høre hjemme på et sykehus, men velges den første vil de bli betraktet på lik linje med andre gravide høyrisikogrupper og få et behandlingstilbud på et sykehus. Talseth (smst) hevder at de norske myndighetene har betrodd disse barna og deres mødre til de respektive hjemstedskommunenes allmenne helsetilbud.

Norge har mange uprøvde tiltak mellom ytterpunktene, som på den ene siden er ingen tiltak og på den andre tvangstiltak. I Danmark får mødrene psykiatrisk hjelp etter fødselen, siden følelsen av skyld etter å ha født et barn med abstinenser og skader relatert til eget rusmisbruk ofte fører mor inn i et nytt misbruk (Sundhetsstyrelsen 2005). I Norge mener Talseth (smst) at vi klarer å hjelpe og støtte under svangerskapet, men å gi mor et tilfredsstillende behandlingsopplegg etter fødselen greier vi ikke å gi.

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har over flere år gjennomført undersøkelser om behandlingstilstandene i rusmiddelfeltet. I disse undersøkelsene har det kommet frem at en stor andel av misbrukerne har barn eller har et sterkt ønske om å bli foreldre. Videre hevder de at svært mange av pasientene i behandling har vært barn av foreldre med rusmiddelproblemer, så man kan si at sosial arv spiller inn her (Solbakken Lauritzen og Lund 2005). En mulig måte å forebygge kan derfor være å informere om mulige skader fosteret kan få ved å eksponere det for rusmidler. Behandlingsinstitusjoner for rusmiddelmisbrukere og barneverninstitusjoner kan jobbe forebyggende ved å gi klientene kunnskaper om viktigheten av foreldrefunksjoner, tilknytning og samspill for å gi barn god nok omsorg.

De fleste institusjonene beskrevet av Solbakken, Lauritzen og Lund (2005) samarbeider med barneverntjenesten i alle saker og da helst før familien legges inn. Det er ofte slik at det stilles krav om samarbeid med barneverntjenesten før innleggelse. De institusjoner som tar imot gravide viser til at de har vanskeligheter med å få i gang et samarbeid med barneverntjenesten. Begrunnelsen for at barneverntjenesten ikke kommer inn i saken så tidlig er at de ønsker å vente til barnet er født før de gjør en vurdering om å komme inn i saken. Dette opplever institusjonene som lite tilfredsstillende, siden de gjerne vil ha etablert et samarbeid så tidlig som mulig og da helst før en eventuell mangelfull omsorgsevne fra foreldrenes side viser seg.

Det vil være av vesentlig betydning at hjelp og støtte varer over tid. Det er ofte slik at barnet har skader som trenger oppfølging over tid og at mor trenger hjelp for å holde seg rusfri. Familiene har ofte et begrenset nettverk og vil da trenge hjelp og støtte for å fungerer i et normalt familieliv, da de ikke ofte selv har opplevd dette.

Innleggelse på institusjon vil være en måte man kan jobbe forebyggende i forhold til å hjelpe og veilede mødrene til å kunne gi sitt barn god nok omsorg. Men ifølge Solbakken, Lauritzen og Lund (2005) finnes det ingen forskning rundt hva som er kriterier for gode institusjoner for familier med rusmiddelproblemer ut fra barnets perspektiv. De antar derfor at det som høyner kvaliteten på den behandling foreldrene

får virker inn på det tilbudet barna får. Det er viktig at foreldrene har framgang i sin behandling, som er en forutsetning for at barna kan bo sammen med sine foreldre. Deretter er det slik at barn av foreldre med rusmiddelproblemer har særskilte behov. Behovene varierer og har sammenheng med hvor mye skade barnet har tatt av rusmiddelbruken i svangerskapet. Personalet må derfor ha kunnskap om hva de skal se etter hos barna og i samspillet mellom barn og foreldre. Observasjonene av samspillsituasjoner er der man først vil se vanskene. Derfor er det viktig at de ansatte har metoder for å kartlegge samspillet. Metoder og rutiner for å vurdere utvikling og tilpasse tiltak i behandlingen krever at de ansatte har relevant og allsidig kompetanse og at arbeidet med familien er systematisk og strukturert. På en annen side vil det etter endt institusjonsopphold være viktig med en tett oppfølging av familien, slik at de gode følgene av oppholdet utvikles videre. Men det viktigste er at dersom det går dårlig og barna blir utsatt for mangelfull omsorg eller omsorgssvikt, så vil det være svært viktig at det oppdages tidlig og tiltak iverksettes. Dermed vil en god nok oppfølging av familien være med på å sikre barna en tilfredsstillende oppvekst.

Fagfeltet har i følge Solbakken, Lauritzen og Lund (2005) en forståelse av at en god oppfølging er av stor betydning for prognosen til både barna og foreldrene. Ser man på oppfølging av barn etter innleggelse med foreldrene, så vil barneverntjenesten være en naturlig oppfølgende instans innen førstelinjen. Men ser man i den forbindelse på den kartleggingen Solbakken og Lauritzen (2006) har gjort av tilbudet til barn av foreldre med rusmiddelproblemer, så viser den at knappe 3 % av førstelinjetjenesten i kommunene (som helsestasjonene) har særskilte tiltak ovenfor gravide rusmisbrukere og deres barn. Overjordmor ved Ullevålteamet Liv Trønnes ([www.vfb.no/xp/pub/topp/tema/barn\\_av\\_rusmisbrukere/185394](http://www.vfb.no/xp/pub/topp/tema/barn_av_rusmisbrukere/185394)) sier:

*"at kommunene sin holdning til oppfølging av barn av rusmisbrukere er at det ikke skal koste noe og at det derfor ikke finnes stillinger beregnet på disse barna."*

I Danmark har behandlingsapparatet tatt inn over seg at mange av barna til mødre med rusmiddelproblemer vil ha skader som kommer til syne senere i livet, slik som atferdsvansker, lese- og skrivevansker, lærevansker, psykiske problemer og/eller

hjerne skader (Sundhetsstyrelsen 2005). Dermed følger de barna opp frem til de begynner på skolen, og man overleverer da kunnskapen de har fått om barnet til hjelpeapparatet i skolen (som PPT og helsesøster). Talseth (smst) stiller seg undrene til hvorfor man ikke har fått til noe liknende her i Norge. Nå har man her i landet samlet rusomsorgen under psykisk helsevern. Dette vil kunne gjøre det mulig å følge opp over tid og jobbe tverrfaglig, så ut fra dette mener Talseth (smst) at man må gjøre følgende her i landet:

*”Tilbud og oppfølging av gravide rusmisbrukere må inkludere lett tilgjengelige tjenester for gravide kvinner i hele landet, oppfølging under svangerskapet med vekt på begrensnig av rusmisbruket og bearbeiding av forholdet til babyen. Oppfølging og behandlingstilbud for mødrene etter fødselen, med vekt på bearbeiding av skyldfølelse og skam. Oppfølging av barnet fram til skolealder, for å avdekke og bistå ved senskader.”*

Spørsmålet er derfor hvordan man skal gripe inn når man oppdager at gravide eller småbarnsforeldre har et rusmiddelproblem. Ut fra det jeg har lest virker det som det finnes mye teori og dokumentasjon på dette problemområdet, men at de fagfolk som jobber i dette feltet trenger å tilegne seg denne faglige kunnskapen og de riktige/hensiktsmessige metodiske verktøyene (Killèn og Olofsson 2003). Når disse kunnskapene og verktøyene blir benyttet vil det mest sannsynlig gi dem en faglig trygghet, som gjør at de gjennom samtale og kartlegging vil kunne avdekke rusrelaterte vansker hos gravide og småbarnsforeldre på et tidlig tidspunkt. Videre bør det utvikles gode rutiner for det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet, siden disse gravide og småbarnsforeldrene vil trenge hjelp fra ulike deler av hjelpeapparat.

På grunnlag av det jeg har skrevet ovenfor, så tyder det på at man for å kunne hjelpe disse barna og deres familier må sette i verk opplæring av de som kommer i kontakt med disse barna og familiene. Det vil være viktig å heve kompetansen i observasjon av foreldre-barn samspillet, barns tilknytningsatferd og foreldrefunksjoner. Videre bør man utvikle gode oppfølgingsmodeller og prosedyrer som vil være utslagsgivende i et forebyggende perspektiv for barnet. Det synes som det er behov for økt innsats til sped- og småbarn i risiko, slik som å gi flere tilbud og økt kompetanse i arbeidet med sped- og småbarn og deres familier. Videre vil et samarbeid på tvers av de ulike

sektorene hjelpe disse barna og deres familier betraktelig og ikke minst vil det være utslagsgivende for hvordan oppfølgingen av risikofamilier vil være.

## 9. Avslutning

Mødre gir ikke alltid sitt barn god nok omsorg. Dette bør ikke bety at mor ikke vil sitt barn alt godt, men hun mestrer kanskje ikke rollen som forelder. Derfor kan man stille spørsmål om foreldrefunksjonene og omsorgskompetansen er egenskaper man er født med eller må det læres? Er det en type eller form for omsorg som er bra for alle barn, eller må omsorgen være forskjellig ovenfor forskjellige barn? Hva med de foreldre som har opplevd omsorgsvikt, vil de kunne gi god nok omsorg til sine barn? Skal hjelpeapparatet kunne hjelpe risikofamiliene til å gi sine barn god nok omsorg, så må dette bygges opp på grunnlag av kunnskap om barns utvikling, klinisk arbeid med familier og ikke minst kjennskap til det enkelte barn.

Jeg vil ut fra det jeg har skrevet tidligere se det som vesentlig at man kommer inn så tidlig som mulig i barnets liv for å kunne forebygge medfødte skader og omsorgssvikt. Det gunstigste vil være at barnet allerede fikk hjelp i mors mage siden det allerede da blir eksponert for ulike risikofaktorer. Hansen og Jacobsen (2006) hevder at hjelpeapparatet har i de fleste tilfeller kjennskap til hvilke familier som ikke selv vil kunne etablere et godt nok omsorgsmiljø for sine barn. Utfordringen blir da å komme inn så tidlig som mulig, slik at man får i stand en allianse med foreldrene og kanskje i noen tilfeller virke som en kontrollinstans. Målet med forebygging blir å samarbeide med foreldrene slik at barna får god nok omsorg.

Solbakken, B. H og Lauritzen, G. (2006) viser til at det som karakteriserer dagens tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer er at det er bygget opp svært tilfeldig og lite helhetlig. Tilbudet barn og familie får av hjelp er avhengig av hvor i landet de bor. De sier videre at dagens muligheter for å forebygge rusmiddelrelaterte skader i svangerskapet er godt dokumentert og bør derfor prioriteres. Helsestasjonene og legene bør spille en sentral rolle i dette arbeidet. Disse kan ikke stå alene i dette arbeidet for i familier med rusmiddelproblemer er det tvilsomt om barnet får en tilfredsstillende omsorg. I de tilfeller er det barneverntjenestens ansvar å vurdere omsorgssituasjonen, eventuelt sette i gang forebyggende hjelpe- og støttetiltak og hvis



nødvendig foreta en omsorgsovertakelse. Dette arbeidet bør starte så tidlig som mulig og da allerede i svangerskapet. Barnas situasjon må få større oppmerksomhet og innarbeides i behandlingstiltaket for rusmiddelbrukerne. Det bør rutinemessig stilles spørsmål om barn, slik som antall, alder og omsorgssituasjonen for barnet.

Institusjoner og poliklinikker bør dermed ha ansvar for at barn utredes og ivaretas på en slik måte at de får god nok omsorg. Dette kan gjøres ved at man setter inn en forsterket innsats ovenfor gravide rusmisbrukere, da vil rusmiddelrelaterte skader reduseres og man forankrer ansvaret for en tett oppfølging gjennom å gjennomføre regelmessige undersøkelser av barna og omsorgssituasjonen frem til skolealder. Ut fra dette ser man at forebygging vil være avhengig av at man kommer inn tidlig, og benytter kartleggingsverktøy for å utrede familiene. Denne kartleggingen medfører at man kan sette inn tiltak som er tilrettelagt i forhold til de respektive barn og familier sine behov. Og for å sette i verk disse tiltakene er man avhengig av et tverrfaglig samarbeid hvor man har en oppfølging av familiene over en lengre periode. Kanskje vil enkelte av de ruseksponerte barna trenge tilrettelagt hjelp og støtte resten av sitt liv. Dette er et område der vi spesialpedagoger kan bidra med vår kunnskap om barns utvikling og tilrettelegging for læring, slik at disse barna kan ha en mulighet til å utvikle sine ressurser maksimalt.

## Kildeliste

- Andenæs, K. (2002). *Sosialtjenesteloven*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ainsworth, M. et al. (1978). *Pattern of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Backe-Hansen, E. (2005). *Rusmiddelmisbruk og foreldreskap – en dårlig kombinasjon?* *Rus & avhengighet*, 3/2005, 26-27.
- Barnet og rusen – et temamagasin*. Skien: Borgestadklinikken, 2006.
- Barne- og likestillingsdepartementets internettside.  
<http://odin.dep.no/bld/norsk/tema/barnevern/bn.html>, Lesedato: 09.03.06
- Befring, E. (2002): *Forskningsmetode, etikk og statistikk*. Oslo: Det norske samlaget.
- Bijl, R. V., Ravelli, A. og van Sessen, G (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: result of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Sosial Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 33, 12, s. 587-595.
- Bjelland, A. (2001). *ISIS – omsorg for gravide og småbarnsfamilier*. Oslo: Barne- og familieetaten.
- Bowlby, J (1973). Attachment and loss: vol. 1. *Attachment*. New York: Basic Books.
- Bunkholdt, V. og Sandbæk, M. (1998). *Praktisk barnevernsarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget
- Chasnoff, I. J. (1993). "Kokain og graviditet". I: Behandling av barn som har vært utsatt for rusmisbruk i svangerskapet, Skriftserie nr. 6. Oslo kommune, Aline spedbarnsenter: Ullevål sykehus.
- Clausen, A. H. og Crittenden, P. M. (1991): Physical and Psychological Maltreatment: relations among types of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 15, 518.
- Crittenden, P. M. (1992). *Preventing Child Neglect*. Chicago: National Committee for the Prevention of Child Abuse.
- Dalland, O. (1997): *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Evenshaug, O. og Hallen, D. (1993). *Barne- og ungdomspsykologi*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Falck, S. og Havik, T. (2000). *Barnevern og fylkesnemnd*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Fuglseth, K. og Skogen, K. (2006): *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Gjærum, B., Grøholt, B. og Sommerschild, H. (1998): *Mestring som mulighet*. Oslo: Tano Aschehoug.

- 
- Grelland, N. (2001). *Utrednings- og endringsarbeid i familier med sped- og småbarn*. Oslo: Aline spedbarnsenter
- Hansen, F. (1990). Rusmisbruk i et familieperspektiv. Hvilke utviklingskonsekvenser kan dette få for barnet? *Tidsskriftet for Norsk Psykologforening*. Vol. 27, s. 737-747.
- Hansen, F. (1992). Fra avmakt til handlekraft. En terapeuts møte med voksne barn av rusmisbrukere. *Tidsskriftet for Norsk Psykologforening*. Vol. 29, s. 599-610.
- Hansen, M. B. og Jacobsen, H. (2006). *Systematiske tiltak til sped- og småbarn i risikofamilier*. R. BUP, helseregion Øst og Sør.
- Hognestad, I-H. (1993): Rusmisbruk i svangerskapet – konsekvenser for barnet. I: *Behandling av barn som har vært utsatt for rusmisbruk i svangerskapet, Skriftserie nr. 6*. Oslo kommune, Aline spedbarnsenter: Ullevål sykehus.
- Kaldal, I (2003): *Historisk forskning, forståing og forteljing*. Oslo: Samlaget.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao S. et al. (1994): Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from National Comorbidity Survey. *Arc Gen Psychiatry*, vol. 51, s. 8-19.
- Killèn, K. (1994). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: kommuneforlaget.
- Killèn, K. (2000). *Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Killèn, K. og Olofsson, M. (2003). *Det sårbare barnet*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kjeldstadli, K (1999): "Fortida er ikke hva den en gang var. En innføring i historiefaget 1999". I: *Blandingskompendiet, SPED4010 Vitenskapsteori, forskningsmetode og statistikk*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Kringlen, E., Torgersen, S. og Cramer, V. A. (2001): *Norwegian Psychiatric Epidemiological Study*. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.
- Kvale, S. (2001): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lassen, L (2002): *Rådgivning kunsten å hjelpe*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lincoln, Y. S og Guba, E. (1985): *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.
- Lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 nr. 100. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991 nr 81. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Moe, V. (2002). Foster placed and adopted children exposed in utero to opiates and other substances: Prediction and outcome at 4 ½ years. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 23, s. 330-339.
- Moe, V (2006): Tidlig hjelp er god hjelp. I: *Barnet og rusen – et tema magasin*. Skien: Borgestadklinikken.

- 
- Moe, V., Moe, R. G. og Smith L. (2006): Forebygging og behandling av utviklingsmessige og relasjonelle problemer hos sped- og småbarn. I Haavind, H. og Øvereide, H. (Red.): *Barn og unge i terapi: Kommunikasjon og forståelse*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Moe, V. og Slinning, K. (2002). Prenatal drug exposure and the conceptualization of long term effects. *Scandinavian Journal of Psychology*. Vol. 43, 41-47.
- NOU 1995:23 *Barnefaglig sakkyndighetsarbeid*. Oslo
- NOU 2000:12 *Barnevernet i Norge: tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer*. Oslo
- Nygren, P. (1997): *Profesjonelt barnevern som barneomsorg. Fra teori til verktøy*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Olofsson, M. (2006). *Barn i risikofamilier*. Kurs i regi av Voksne for barn, Oslo: 02.10.2006.
- Robson, C. (2002): *Real world Research*. Blackwell, Oxford.
- Rye, H. (1993). *Tidlig hjelp til bedre samspill*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sameroff, A. J. (1995). General Systems Theories and Developmental Psychopathology. I: Cicchetti, D. og Cohen D. J. (red.). *Developmental Psychopathology*. Vol. 1. Theory and Methods. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Skretting, A (2000). *Ungdom og rusmidler: data fra SIFAs årlige spørreskjemaundersøkelse 1968-99*. Oslo: Rusmiddeldirektoratet
- Slinning, K. (2004). *Foster placed children prenatally exposed to poly-substances: Attention-related problems at ages 2 and 4 1/2*. European Child and Adolescent Psychiatry. 13, 19-27.
- Smith, L (2002). *Tilknytning og barns utvikling*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Smith, L. og Ulvund, S. E. (1991). *Spedbarnsalderen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Solbakken, B. H., Lauritzen, G. og Lund, M. Ø. (2005). *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*. Oslo: SIRUS rapport nr 5.
- Solbakken, B. H. og Lauritzen, G. (2006). *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. Oslo: SIRUS rapport nr 1.
- Soria Moria - erklæringen  
[http://www.odin.dep.no/smk/norsk/regjeringen/om\\_regjeringen/001001-990342/dok-bn.html](http://www.odin.dep.no/smk/norsk/regjeringen/om_regjeringen/001001-990342/dok-bn.html), lesedato:04.12.2006.
- St.prp.nr. 1. <http://www.odin.no/hod/norsk/dok/regpubl/stprp/048001-430002/dok-bn.html>, lesedato: 04.12.2006.
- Stray, W. (2003). *Barna til foreldre i rusbehandling: mens gresset gror, dør kalven? : behandlingsmessige utfordringer, dilemmaer og muligheter*. Oslo: Kirkens bymisjon, Origosenteret.

- 
- Streissguth, A. Ph. D. (1997). *Fetal Alcohol Syndrome A guide for families and communities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Sundhetsstyrelsen (2005). *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Familieambulatoriets intervensjonsmodell*. København: Sundhetsstyrelsen.
- Sundfær, Aa. (1999). *Ung og lovende*. Oslo: Barne- og familieetaten/Rusmiddeldirektoratet.
- Søvig, K. H (1999): *Tvang overfor gravide rusmiddelmisbrukere*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Talseth, R. [www.vfb.no/xp/pub/topp/tema/barn\\_av\\_rusmisbrukere/185391](http://www.vfb.no/xp/pub/topp/tema/barn_av_rusmisbrukere/185391), lesedato: 13.11.2006.
- Thormann, I. og Guldberg, C. (1995). *Hånden på hjertet*. København: Hans Reitzels forlag.
- Trønnes, L. ([www.vfb.no/xp/pub/topp/tema/barn\\_av\\_rusmisbrukere/185394](http://www.vfb.no/xp/pub/topp/tema/barn_av_rusmisbrukere/185394), lesedato: 13.11.2006.
- Vedlegg til søknadsskjema for godkjenning av barneverninstitusjoner (2004). Oslo: Aline barnevernsenter.
- Winston, C. A. (2003) *Children as Caregivers: Parental and Parentified Children*. Boson: Allyn & Beacon.
- Wormnæs, O. (2005): "Om forståelse, tolkning og hermeneutikk". I: *Blandingskompendiet, SPED4010 Vitenskapsteori, forskningsmetode og statistikk*. Oslo: Universitetet i Oslo.